FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° 242

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 17 mars 1904 à 1 heure.

PAR

Henri BERNADICOU

Licencié ès-sciences naturelles

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

Rapports symptomatiques

entre le Tabes et l'Hystérie

Président : M. HUTINEL, *professeur*,

Juges : MM. CHAUFFARD, ACHARD et THIROLOIX, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	TERRIER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef. des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Contribution à l'Étude

DES

RAPPORTS SYMPTOMATIQUES

ENTRE LE

TABES ET L'HYSTÉRIE

INTRODUCTION

Le tabes, maladie organique due à la sclérose des cordons postérieurs, consécutive à une atrophie radiculaire, est depuis Duchenne (de Boulogne) d'une symptomatologie nettement caractérisée : nombreux sont les signes qui nous permettent d'affirmer le diagnostic et, pour ne parler que des manifestations visibles, extérieures pour ainsi dire, on peut fort souvent énoncer ce diagnostic à la simple constatation d'une ataxie, d'une hypotonie musculaire. Mais, au fur et à mesure des progrès de la neurologie, des symptômes nouveaux ont été découverts et leur importance minutieusement démontrée est venue permettre au clinicien de disputer des cas

frustes et légitimes à ses yeux, le diagnostic qu'il y a fort peu de temps il n'aurait même pas pu suspecter. C'est ainsi que Hitzig, Parick, Marinesco, le Professeur Déjerine, ont démontré la haute valeur semeiologique des troubles radiculaires de la sensibilité ; M. Babinski a signalé l'importance qu'il convenait d'attribuer au signe d'Argyll-Roberston, à l'abolition isolée du réflexe achilléen. Enfin les recherches inaugurées par M. Widal et ses élèves, et poursuivies au cours de ces dernières années par de nombreux obsvateurs suerr le caractère étiologique du liquide céphalo-rachidien au cours des différentes maladies du système cérébro-spinal, sont venues démontrer avec quelle précision on pouvait désormais déceler les moindres inflammations méningées.

C'est pourquoi, les cas de tabes fruste deviennent de plus en plus fréquents, et actuellement sans être réduits comme autrefois à asseoir un diagnostic sur la constatation de la triade symptomatologique classique (Westphall, Romberg, Argyll-Roberston), nous savons nous contenter de moins, et l'existence de deux bons symptômes convenablement choisis parmi ceux que nous venons de mentionner suffit généralement à nous éclairer même en l'absence d'autres signes tabétiques plus évidents : l'association d'Argyll avec des troubles de la sensibilité à topographie radiculaire en est un exemple.

Mais parmi les tabes ignorés, il en est qui présentent des caractères tout à fait impressionnants, et

dont cependant la nature intime échappe souvent. C'est que souvent le tabes, non content de posséder une évolution très lente et très capricieuse, se trouve associé avec d'autres affections. Parmi celles-ci, les unes sont organiques (poliomyélite antérieure, sclérose latérale, syringomyélie), d'autres sont inorganiques et entre toutes celles-ci, il en est une fort importante à considérer : c'est l'hystérie.

Les rapports du tabes avec l'hystérie peuvent être envisagés sous trois chefs différents : d'une part l'hystérie peut se présenter sous le masque tabétique ; d'un autre côté, éventualité plus fréquente, le tabes peut revêtir les allures de l'hystérie ; enfin, et c'est là un fait capital, l'hystérie se combine souvent au tabes, soit qu'elle prenne le pas sur lui, soit qu'elle est masquée par lui, soit enfin qu'elle se juxtapose à lui. Nous envisagerons successivement ces différentes éventualités.

I. — *Pseudo-tabes hystérique.*

« L'hystérie, dit Sydenham, est un véritable Protée qui se présente sous autant de couleurs que le Caméléon ».

C'est, comme l'a dit Charcot « une maladie psychique » qui, par suite d'un éréthisme tout à fait spécial des centres nerveux, détermine des troubles dans toutes les fonctions du système nerveux : motricité, sensibilité, activité psychique. Cette « grande simulatrice » peut par conséquent créer différents complexus symptomatiques qui peuvent être tout à fait

semblables à ceux d'une maladie organique. Il existe, il est vrai, des stigmates qui permettent de dépister la névrose ; mais, ils sont souvent absents et fugaces et l'observateur se trouve souvent en présence d'une hystérie monosymptomatique qu'il doit cependant savoir reconnaître.

C'est à cause de cette extrême richesse en symptômes, c'est à cause de la trop grande facilité avec laquelle on peut, en présence de cas embarrassant, énoncer le diagnostic d'hystérie, que M. Babinski tout dernièrement est venu attirer l'attention sur la nécessité de donner une définition précise de l'hystérie et de ne faire entrer dans ce cadre si confus que les cas justiciables de certaines conditions. Pour M. Babinski : « l'hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner. Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par des troubles secondaires. Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion, ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs ».

Ces restrictions étant faites, il est des cas d'hystérie dans lesquels la symptomatologie présente un aspect analogue à celle du tabes, et dans lesquels, sans l'examen minutieux des signes pour ainsi dire cachés du tabes, un observateur non prévenu peut errer : ce sont les cas de pseudo-tabes hystérique.

Ils ont été déjà étudiés par nombre d'auteurs et nous pouvons signaler les observations relatées dans les thèses de Leval-Picquechef et Michaut. M. Pitres leur a consacré toute une leçon dans ses cliniques sur l'hystérie.

Le pseudo-tabes hystérique survient généralement à la suite de fortes émotions, de grands chagrins, d'un surmenage violent. Dans les antécédents familiaux de ces malades, on remarque très souvent la prédisposition héréditaire aux manifestations névropathiques. Les hommes sembleraient un peu plus atteints que les femmes. Le début de l'affection est généralement progressif. Parmi les symptômes qui appellent l'attention du côté d'une affection tabétique il en est un capital : ce sont les troubles de la station et de la marche. Ses malades ne peuvent garder l'attitude verticale les pieds réunis, mais ils ne présentent pas, il faut bien le dire, un vrai signe de Romberg ; ils n'ont pas le plus souvent ces mouvements d'oscillations en différents sens qui les font vaciller et qui les obligent à élargir leur base de sustentation afin de ne pas tomber ; ils accusent de la stasobasophobie, c'est-à-dire l'impossibilité de garder l'équilibre par troubles de l'émotivité générale. Comme toutes les phobies, la stasobasophobie s'accompagne d'un état angoissant tout à fait particulier et le malade chute d'une façon non systématique, par suite de l'idée fixe qui le tourmente et qui se traduit sur l'expression de son visage. Quelquefois ces malades présentent le symptôme de

Charcot, l'astasie, l'abasie, le malade dès lors s'effondre dès qu'on le place debout, mais par contre il peut se tenir dans des positions bizarres : il peut sauter, danser.

Les troubles de la marche peuvent être assez analogues à ceux du tabes, et, sans parler des troubles directement attribuables à un état amyosthénique ou paralytique, à un état de contracture ou de tremblement, on peut trouver une sorte d'incoordination sous la dépendance sans doute d'un état vertigineux, telle l'observation de MM. Lecorché et Talamon qui concerne une malade hystérique dont les jambes étaient projetées d'une façon désordonnée et venaient frapper le sol en talonnant. Dans une observation ancienne de M. Huchard est signalée également une démarche hésitante et titubante. Peut-être bien qu'actuellement on décorerait moins facilement ces cas du nom d'ataxie; mais le fait est néanmoins à retenir et montre bien que l'on peut au moins à un examen rapide confondre dans un certain nombre de circonstances la démarche de l'hystérique avec celle du tabétique. Nous ne signalons qu'en passant la possibilité d'une abasie véritable, c'est-à-dire de la perte de la mémoire des mouvements nécessaires à la déambulation qui peut très grossièrement simuler une ataxie profonde avec impotence complète, et nous passons aux troubles de la sensibilité.

En effet, en même temps que les troubles de la station et que ceux de la marche, les pseudo-tabéti-

ques présentent des douleurs. Elles peuvent affecter le caractère fulgurant, comme dans les observations de MM. Ballet, Féré, et se manifester par crises d'une durée très variable, elles peuvent aussi prendre le type de douleurs en ceinture, de douleurs rachidiennes. Ces algus peuvent se localiser dans les articulations, donnant lieu au syndrome de Brodic ; elles peuvent atteindre les différents viscères donnant lieu à des crises gastriques dont nous parlerons plus expressément plus loin, à des crises testiculaires, à des crises rénales ou vésicales, à des crises rectales. Assurément quand ces différents troubles subjectifs surviennent chez des individus présentant d'autre part des stigmates francs (ovaralgie, clou hystérique, hémianesthésie, etc.), le diagnostic est quelque peu facilité. Mais dans les formes monosymptomatiques, le clinicien peut être facilement dérouté ; cependant il peut par l'analyse minutieuse du symptôme suspecter l'étiologie ; car toute manifestation hystérique s'accompagne généralement de grand fracas et d'un luxe réactionnel tout à fait impressionnant ; l'examen objectif révèle d'autre part, ainsi que l'avait bien remarqué Brodic, une hypéresthésie exquise de la peau, cadrant mal avec la relative insensibilité des plans profonds.

A côté de ces douleurs lancinantes, les pseudo-tabétiques peuvent, comme les tabétiques vrais, ressentir des fourmillements, des engourdissements. Ils ont quelquefois des sensations de brûlure, comme ce malade de M. Ballet (in thèse Leval-Picquechef) qui

croyait avoir une plaie vive sous la plante des pieds.

D'autres malades ont de l'anesthésie plantaire, et M. Pitres a rapporté dans les *Archives de neurologie* l'histoire très curieuse d'un homme qu'il considéra comme ataxique vrai et qui entr'autres symptômes (douleurs fulgurantes, troubles de la marche, Romberg, troubles sphinctériens, crises gastriques) présentait une « sensation de dénivellement », ce malade mourut de tuberculose, et à son autopsie M. Pitres ne releva aucune lésion nerveuse.

Les sens musculaires articulaires sont très exceptionnellement touchés. Cependant M. Michaut cite dans sa thèse un malade qui disait « perdre ses jambes dans le lit ». De même les réflexes sont le plus habituellement normaux ou quelquefois exagérés, et dans les rares cas où les réflexes rotuliens ont été trouvés absents (Observation Petit de Rennes) il faut sans doute invoquer l'insuffisance de l'examen, car bien souvent M. Babinski a trouvé le réflexe rotulien conservé alors que le réflexe achilléen était absent.

Les troubles visuels ont été relevés dans certaines observations. Le plus souvent on constate de l'amblyopie légère, quelquefois une diplopie passagère. Mais généralement les hystériques ne s'en plaignent pas, et de plus dans la très grande généralité des cas, on ne se trouve pas en présence d'une diplopie vraie, mais d'une polyopie monoculaire, trouble qui relève d'une contracture de l'accommodation et non d'une paralysie. L'amblyopie ou l'amaurose, d'autre part,

n'existe que dans la vision monoculaire et divers subterfuges peuvent faire démontrer une vision binoculaire normale. On peut observer quelquefois des troubles dans les mouvements généraux des yeux, de contracture de la convergence, des paralysies associées ; mais on n'observe pas de paralysies isolées vraies. L'examen du champ visuel démontre très souvent un rétrécissement concentrique pour le blanc et les couleurs, et d'autre part l'examen du fond de l'œil ne décèle aucune lésion appréciable. Signalons aussi l'absence constante du signe d'Argyll-Roberston. Les troubles visuels n'ont donc, on le voit, qu'une analogie peu nette avec ceux que l'on constate au cours du tabes.

Dans certaines observations de pseudo-tabes hystérique on trouve relevées des crises gastriques. Les hystériques peuvent, en effet, présenter de la gastralgie paroxystique qui tient à l'existence d'une zone hystérogène au niveau de la muqueuse stomacale : la douleur est intolérable, présente des irradiations, du côté du rachis, s'accompagne de palpitations, d'angoisse, de battements aux tempes, de dyspnée, arrache des cris au patient qui se roule dans son lit en prenant les positions les plus bizarres. La douleur est telle qu'elle donne lieu parfois à une véritable crise hystérique. Il existe presque toujours au niveau de l'épigastre une zone hyperesthésique. En même temps que la douleur, des vomissements incoercibles viennent tourmenter sans cesse le malade qui ne supporte plus aucun aliment, ni solide, ni liquide. Le

facies peut s'émacier, l'état général devenir précaire. Quelquefois une anorexie vient s'installer, symptôme qui peut d'ailleurs être indépendant de la crise gastrique. Ces accès gastralgiques ont une durée et une évolution irrégulière ; ils apparaissent souvent à propos de la période menstruelle. Indépendamment de ces crises avec vomissements, peuvent se manifester des crises sans vomissements incoercibles sans douleurs concomittantes, dans ce cas l'anorexie est absente. Signalons encore les hématémèses qui peuvent compliquer la crise gastrique.

On peut encore observer des crises diarrhéiques et aussi du tenesme rectal. Ce dernier détermine des faux besoins d'aller à la selle ; quelquefois le spasme est tel que toute défécation est impossible.

Du côté des organes urinaires peuvent apparaître des crises paroxystiques soit à type de crises néphrétiques, soit à type de crises vésicales ; la cystalgie est caractérisée par des envies fréquentes, du tenesme intense, et il peut survenir de la rétention d'urine avec fausse incontinence. Enfin la polyurie a été signalée au cours de pseudo-tabes hystériques. On voit par cette énumération combien analogues sont ces symptômes aux manifestations vésicales tabétiques. Les manifestations douloureuses dans la sphère génitale prêtent moins à l'erreur, car on sait la localisation prédominante dans la région ovarienne, en cas d'hystérie.

Ce court exposé nous montre bien les points communs au tabes vrai et au pseudo-tabes névropathique.

Ce sont pour ainsi dire les symptômes extérieurs qui en imposent pour le diagnostic de tabes : les symptômes intérieurs, ceux que le malade ne connaît pas, et qu'il est du devoir du médecin de rechercher avec la plus grande sollicitude, ceux-là n'existent pas dans le pseudo-tabes : on n'y observe pas, nous l'avons vu, ni abolition de réflexes, ni Argyll-Robertson, ni symptômes papillaires : on n'y observe pas non plus des troubles sensitifs à topographie radiculaire, et enfin la ponction lombaire n'y décèle pas la preuve anatomique d'une réaction méningée. Aujourd'hui nous ne devons plus faire, grâce au concours de ces nouvelles investigations, autant d'erreurs qu'il y a quelques années encore.

Nous donnons plus loin une observation de pseudo-tabes hystérique que nous avons recueillie dans les leçons cliniques de M. Pitres (Obs. I).

II. — *Tabes à symptômes hystériformes.*

Dans ce cadre le champ est vaste, tant est grande la complexité symptomatique de ces deux grandes affections. Aussi serons-nous obligés de prendre des cas particuliers, fréquents en clinique.

L'hystérie est souvent « bonne à tout faire » et volontiers lorsqu'on se trouve en présence d'un cas clinique embarrassant, on le fait endosser à la grande névrose. En particulier les tabes frustes, rares en symptômes, sont facilement mis sur le compte de l'hystérie, et nous devons signaler les principaux

symptômes tabétiques qui peuvent, sans un examen très approfondi, être méconnus, quant à leur nature.

Les crises gastriques, décrites autrefois sous le terme de crises essentielles, sont souvent un des premiers symptômes du tabes (Charcot, Fournier) (Obs. II), et le vomissement périodique de Leyder que beaucoup d'auteurs considèrent comme de nature purement névropathique a été regardé par Charcot comme une manifestation de la période préataxique. Dans les crises gastriques névropathiques, comme dans les crises gastriques tabétiques, on peut observer les mêmes symptômes : douleurs épigastriques atroces, vomissements d'abord alimentaires, puis aqueux, quelquefois bilieux et même sanguinolents, hyperacidité fréquente comme dans la maladie de Reichmann, pouls petit et rapide, urines rares, facies excavé, amaigri. Entre les crises on peut observer dans les deux cas un état dyspeptique habituel, quoique cependant dans le tabes la récupération d'un bon fonctionnement stomacal soit très habituel. Dans les deux cas aussi on peut observer la coïncidence de l'apparition de ces crises avec les époques menstruelles. Enfin dans les deux cas, on peut voir se produire des formes anormales : vomissements sans douleurs ou douleurs sans vomissements.

On peut se trouver en présence d'un malade présentant du cornage, du tirage, avec dyspnée violente et en l'absence de symptômes locaux on songe

à une névrose alors que l'on a affaire à un tabes à début laryngé.

Les troubles urinaires qui s'observent chez les « faux urinaires » de Guyon, en particulier la rétention, peuvent aussi tromper le clinicien. Le vertige avec ses différentes modalités, en particulier le type de Ménière, peut être mis à tort sur le compte de l'hystérie.

Des symptômes oculaires fugaces : amblyopie, amaurose, diplopie, peuvent être attribués à l'hystérie, et cependant l'analyse minutieuse de ces symptômes vient vite montrer l'erreur ainsi que nous l'avons indiqué plus haut.

Les troubles de la sensibilité sont plus importants à connaître. Les tabétiques présentent comme les hystériques des anesthésies plus ou moins intenses (hypéresthèse - hypoanesthésie, anesthésie locale), plus ou moins spécialisées : c'est ainsi que à côté de l'anesthésie aux trois modes, on peut constater une abolition de la sensibilité au tact ou une abolition de la sensibilité à la douleur ou à la température ; on peut même observer une dissociation à type syringomyélique. Ces anesthésies peuvent se localiser dans les deux cas aux plans profonds atteignant les muscles, les articulations, déterminant la perte du sens musculaire, de la perception stéréographique, de la notion de position. A côté de ces anesthésies on peut rencontrer des hypéresthésies, soit surajoutées aux zones anesthésiées, soit situées à leur périphérie. Ces troubles semblent

analogues quant à leur modalité dans le tabes et dans l'hystérie quoique cependant il soit souvent facile de démontrer que les anesthésies hystériques n'existent pas généralement à l'état subconscient, car elles ne gênent nullement le malade dans ses occupations habituelles et quoique, au surplus, les anesthésies hystériques aient une mobilité bien plus grande que celles de nature tabétique. Mais ce sont surtout les localisations de l'anesthésie qui permettent de reconnaître de quelle nature elle est. Nous ne parlerons pas de localisations absolument typique : telles que l'anesthésie généralisée, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, et nous insisterons sur les anesthésies segmentaires. On sait en quoi elles consistent : ce sont des anesthésies qui affectent un segment de membre, d'où les termes d'anesthésies en gant, en manchette, en chaussette, etc... et qui répondent suivant la théorie du professeur Brissaud à une métamérie segmentaire spinale. Ces anesthésies à limites, circulaires bien franches doivent faire penser *a priori* à l'hystérie ; car dans le tabes, les troubles de la sensibilité cutanée affectent une disposition radiculaire (en particulier huitième cervicale, première dorsale, deuxième, troisième, quatrième, cinquième, sixième dorsales). Cependant on peut rencontrer dans le tabes des anesthésies qui semblent segmentaires et qui font admettre une nature hystérique : cela est vrai très souvent, mais souvent aussi ces anesthésies ne sont pas réellement segmentaires et comme le Professeur Déjerine l'a magistralement

indiqué, si on étudie minutieusement ces zônes anesthésiées, on se rend compte que dans ce segment il existe des bandes radiculaires qui sont manifestement plus atteintes que d'autres, et que, de plus, souvent à la périphérie de la zone, on constate l'existence de troubles radiculaires des plus nets. Ces cas d'anesthésie pseudo-segmentaire tiennent souvent à l'atteinte simultanée d'un grand nombre de racines. C'est donc là une notion qu'il faut retenir et en présence d'une anesthésie segmentaire, il ne faut pas se hâter de faire intervenir l'hystèrie.

Du côté des muqueuses peuvent se manifester des troubles de la sensibilité générale ou spéciale qui peuvent être soupçonnés de nature hystérique, en particulier l'anesthésie linguale dont M. Carron vient dans une thèse récente de démontrer toute l'importance pour le diagnostic précoce du tabes.

L'analgésie épigastrique est un symptôme tabétique qui a été bien étudié par M. Pitres. Elle se rencontre souvent chez les hystériques. Il en est de même pour l'analgésie des testicules, des seins, qui peut être observée dans le tabes comme dans l'hystérie. D'autre part au lieu d'analgésie on peut observer de l'hypéralgésie.

Il n'est pas jusqu'à l'étiologie même des symptômes qui ne peuvent induire en erreur le clinicien. Combien de malades ont l'habitude de faire remonter certains accidents dont ils se plaignent à un traumatisme antérieur. Or, le traumatisme intervient comme cause occasionnelle fréquente de l'ap-

parition de l'hystérie : rien n'est plus juste par conséquent de songer à la névrose, et cependant ces mêmes accidents peuvent être de nature tabétique car on a signalé des cas de tabes authentique ayant succédé manifestement à un traumatisme.

Il importe donc au plus haut point de rechercher consciencieusement en présence d'une manifestation hystériforme les symptômes cachés du tabes ; en particulier quand cette manifestation est unique, il importe de songer à la possibilité du tabes fruste que l'on pourra mettre en lumière par la découverte des troubles radiculaires de la sensibilité, par l'Argyll-Roberston, par la suppression du réflexe Achilléen.

III.—*Association de l'hystérie et du tabes.*

Cette association peut affecter des modalités fort intéressantes surtout quand il s'agit de formes frustes du tabes. Le plus souvent ce sont les manifestations tabétiques qui accaparent toute la scène et l'hystérie reste latente venant expliquer certains symptômes un peu anormaux. Mais, d'autres fois, l'hystérie occupe le premier plan, s'associant quelquefois avec la neurasthénie, et c'est par l'étude minutieuse du malade qu'on arrive à reconnaître le tabes dont la symptomatologie était masquée par le fracas de l'hystérie. Cette dernière éventualité est assez fréquente puisque nous avons eu la bonne fortune d'avoir trois observations provenant du service de M. Gilbert

Ballet, à qui nous saisissons l'occasion d'exprimer nos sentiments de profonde gratitude, et qui ont trait à des malades qui s'y sont succédées dans l'espace de quelques mois. Enfin quelquefois l'hystérie et le tabes se combinent sans s'influencer mutuellement.

A quoi tiennent ces associations hystéro-tabétiques ? Le plus souvent elles surviennent chez des femmes prédisposées par une hérédité névropathique et ayant présenté antérieurement à ces manifestations quelques petits troubles névropathiques : affections convulsives du bas-âge, troubles du caractère, terreurs nocturnes, palpitations, étouffements, névralgies, etc... Le terrain étant ainsi préparé, le tabes fait son apparition de par la contamination syphilitique, antérieure en général d'une dizaine d'années. Dès lors l'hystérie prendra prétexte de cette affection organique pour se montrer et se dérouler souvent avec intensité, accentuant certains symptômes douloureux ou certains troubles de la sensibitité objective, marquant de ci de là son estampille, quelquefois accaparant seule l'attention pendant un certain temps. Et, en effet, l'hystérie, maladie psychique, peut être provoquée par une cause psychique : une émotion, un chagrin, une idée obsédante qui persiste dans l'état subconscient ; elle peut être créée par un traumatisme et nombreux sont les cas d'hystéro-traumatisme si tenaces et si déconcertants ; elle peut être déterminée par toute maladie infectieuse, par toute intoxication, telle que l'alcoolisme,

le saturnisme, le sulfure de carbone, elle peut être enfin suscitée par une maladie organique telle que le tabes.

Par quelle mécanisme l'hystérie apparaît-elle dès lors ? Ici interviennent les hypothèses : les uns, partisans d'une théorie psychologique, expliquent l'apparition de l'hystérie par des modifications de la conscience et de la personnalité qui s'oblitèrent, se rétrécissent, laissant place à un état de subconscience ; les autres, partisans d'une théorie physiologique, invoquant la fréquence étiologique des infections et intoxications expliquent l'hystérie par un véritable « changement moléculaire », par une « modification matérielle » des centres cérébraux. Que ce soit par le fait d'une simple émotion ou que ce soit par un véritable trouble fonctionnel, on comprend dès lors l'influence déterminante que peut avoir le tabes sur l'hystérie.

Etudions d'abord l'évolution clinique de cas de tabes frustes provoquant l'hystérie et se cachant pour ainsi dire sous elle, du moins pendant une certaine période, en nous appuyant sur ces trois observations de M. Ballet dont deux surtout sont typiques (Obs. III et IV).

Cet hystéro-tabes survient le plus souvent chez des femmes. Souvent on retrouve dans leurs antécédents une infection spécifique ; quelquefois celle-ci passe inaperçue. Souvent on y relève aussi des symptômes d'ordre névropathique, trace d'une dégénérescence. Vers l'âge de 30 ans environ appa-

raissent des symptômes de la grande névrose (Obs. IV et V), coïncidant souvent avec l'époque menstruelle.

Ces symptômes peuvent être constitués par une véritable crise convulsive avec aura, sensation de boule, perte de connaissance, convulsions épileptoïdes, puis attitude de clownisme, délire. Ils peuvent être plus légers (Obs. VI) et consister en une sensation de boule, de l'oppression, de l'angoisse, des battements dans les tempes. Ils peuvent prendre l'allure de manifestations hystériques moins classiques : telles que le méningisme de Dupré, ainsi qu'il arriva pour la malade qui fait le sujet de notre troisième observation, et qui fut soignée primitivement dans le service de M. le Professeur Brissaud pour des accidents méningitiques caractérisés par de la céphalée vive, de la constipation, des vomissements, hypéresthésie spontanée et provoquée, douleurs avec raideur de la nuque, pauses respiratoires, facies amaigri, yeux excavés, élévation de la température, cris hydrencéphaliques, puis fut observée dans le service de M. Gilbert Ballet où elle présenta en surplus des manifestations hystériques convulsives des plus typiques. Mais à côté de ces symptômes hystériques qui semblent d'abord capter toute l'attention du clinicien, à tel point que ce dernier commet presque fatalement l'erreur de diagnostic, il existe des symptômes tabétiques cachés, c'est d'abord la manifestation extérieure du tabes à propos de laquelle l'hystérie a fait son apparition, une douleur tabétique, par exem

ple chez les trois malades de M. Ballet, c'est la crise gastrique qui a été l'occasion de troubles névropathiques, et cette crise douloureuse était le premier accident venant témoigner de l'existence d'un tabes encore récent.

Cette crise gastrique apparaît assez rarement chez une dyspeptique ancienne, et ce fait peut quelquefois éveiller l'attention sur l'existence d'une crise essentielle. Elle est atroce, s'irradie quelquefois vers le rachis, s'accompagne généralement de vomissements qui sont incoercibles, extrêmement pénibles, déterminant le rejet de tous les aliments solides et liquides, au fur et à mesure qu'ils sont ingérés ; les vomissements sont alimentaires, puis ils deviennent muqueux et souvent porracés (Obs. III), quelquefois hémorrhagiques. Le facies devient péritonéal, les traits se tirent, les yeux s'excavent et s'entourent d'un cercle brunâtre. Puis après un temps plus ou moins variable, quelques jours en général, la crise cesse et alors l'état général s'améliore, la malade est subitement guérie, elle n'a plus, le plus souvent, de troubles gastriques, elle peut s'alimenter comme normalement, jusqu'à ce que quelques jours ou quelques semaines après une nouvelle crise survient qui détermine le même complexus, la même association symptomatique.

Par ce tableau, on le voit, on ne peut guère encore établir de diagnostic précis ; il existe d'autre part des symptômes manifestes d'hystérie, d'autre part des symptômes qui peuvent être rattachés, à part de

petites nuances, aussi bien à l'hystérie qu'au tabes ; le clinicien posera le diagnostic d'hystérie. Mais s'il se livre à un examen objectif des plus complets, il pourra relever, soit un Argyll (et ce symptôme existait du côté de l'œil gauche dans l'observation III, il existait des deux côtés mais d'une façon transitoire dans l'observation IV), soit des troubles de la sensibilité objective à disposition radiculaire, et ces derniers existaient chez les trois malades de M. Ballet. Ces troubles de la sensibilité sont évidemment difficiles à retrouver ; ils pourront comme dans l'observation III pendant un certain temps passer inaperçus au milieu d'anesthésies généralisées ou segmentaires à type hystérique, et d'un autre côté, ainsi que l'ont démontré MM. Heitz et Lortat-Jacob, ils pourront être eux-mêmes intermittents ; mais une observation longue et prolongée finira toujours par les observer surtout le long de la face interne des membres supérieurs ou sur la paroi thoracique.

Ajoutons que la recherche des réflexes sera de première importance, et qu'en particulier l'abolition du réflexe achilléen peut être constatée alors que le réflexe rotulien persiste. Enfin la ponction lombaire (Obs. III et IV) démontrera la présence d'une mononucléose abondante.

Assurément si le clinicien ne découvre qu'un seul de ces symptômes, l'Argyll, par exemple, où la lymphocytose, il ne peut arguer de ces constatations pour affirmer un tabes, car un syphilitique peut présenter ces deux symptômes sans être tabétique. Mais

si, à côté de ce signe, il découvre des troubles radiculaires de la sensibilité ou la disparition du réflexe achilléen, il peut dès lors affirmer son diagnostic.

Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, les symptômes tabétiques viennent se manifester et permettre un diagnostic plus facile : chez tel malade ce seront les douleurs fulgurantes, l'hyposténie musculaire, un léger degré d'ataxie, des paralysies oculaires partielles, etc. Mais l'hystérie persistera toujours alimentée pour ainsi dire par les différents symptômes tabétiques.

A côté de ces cas dans lesquels l'hystérie semble le phénomène primordial et initial, il existe des cas dans lesquels l'hystérie est constitutionnelle, existant depuis l'adolescence et à laquelle le tabes vient ultérieurement se surajouter exagérant les symptômes hystériques préexistant.

Ces cas sont extrêmement fréquents. Nous citerons à ce propos l'observation que tout dernièrement MM. Dupré et Lévi ont publiée à la Société de neurologie (Obs. VI) et qui concerne un débile hystéro-neurasthénique, aérophagique, chez qui un tabes est venu réveiller et exagérer toutes les manifestations hystéro-neurasthéniques, amplifiant en particulier un délire hypochondriaque de zoopathie interne. Ces hystéro-neurasthéniques présentent fréquemment quand ils deviennent ataxiques de la basophobie qui exagère naturellement les troubles de la marche et qui explique pour une grande part, ainsi que l'a fait remarquer en particulier M. Ballet, les

succès thérapeutiques obtenus par la rééducation des mouvements. Ils exagèrent par auto-suggestion leurs troubles sensitifs non seulement subjectifs, mais encore objectifs.

Parmi ces associations hystéro-tabétiques nous devons enfin signaler les cas dans lesquels le tabes et l'hystérie semblent se juxtaposer, évoluant chacun pour son propre compte. Ces cas sont assez fréquents, et M. Babinski citait dans la séance du 15 mai de la Société de neurologie un cas de tabes au cours duquel se manifesta une quadriplégie de nature hystérique qui guérit rapidement. A cette même séance MM. Crouzon et Dobrovici présentèrent un tabétique chez qui se déclara une hémiplégie gauche avec hémianesthésie et hémispasme glosso-labié sans extension de l'orteil ni flexion combinée de la cuisse et du bassin, ni signe du peaucier.

Ces cas, curieux par leur aspect, ne présentent pas un intérêt aussi puissant que ceux bien plus rares dans lesquels les symptômes tabétiques très frustes cèdent le pas aux symptômes hystériques qui font dévier aisément le diagnostic.

OBSERVATION I

A. Pitres. — *Leçons sur l'hystérie.*

Pseudo-tabes hystérique.

François Mouj..., âgé de 37 ans, garçon épicier, né à Besançon, est entré à l'hôpital Saint-André le 13 janvier 1890. Il se plaint de douleurs fulgurantes dans les jambes, dans la tête, au creux épigastrique, et de difficulté de la marche.

Antécédents héréditaires. — Son grand-père et sa grand'mère sont morts à un âge très avancé. Son père, âgé de 75 ans, jouit encore d'une excellente santé ; il n'a point fait abus d'alcools. Sa mère, âgée de 74 ans, est très bien portante : elle est un peu vive, mais elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Deux frères du malade ont été tués dans une explosion de feu d'artifice à Paris. Deux de ses sœurs sont mortes de la petite vérole ; une autre est morte de la fièvre typhoïde ; une quatrième d'une maladie de cœur. Quatre de ses sœurs vivent encore, se portent bien et n'ont présenté aucun accident sérieux.

François affirme énergiquement que, dans sa famille, il n'y a jamais eu de maladies nerveuses, ni mentales.

Antécédents personnels. — A 15 ans, François quittait Besançon et se rendait à Paris où il entrait comme employé dans une maison d'épicerie. Il resta dans cette maison jusqu'à son départ pour l'infanterie de marine, et, à Paris, pas plus qu'au régiment, il ne se livra à des excès alcooliques ou sexuels.

En 1870, il eu la petite vérole.

Envoyé au Sénégal de 1877, il y fut pris, après cinq mois de séjour, d'une insolation ; il resta deux mois à l'hôpital, et, pendant le premier mois, il eut un délire tellement violent qu'on fut obligé de lui mettre la camisole de force. Il rentra ensuite dans sa compagnie après avoir refusé un congé de convalescence. Depuis cette insolation, François souffrit de maux de tête intermittents. Il rengagea en 1879 et alla d'abord en Cochinchine, où il souffrit de la malaria, puis en Australie.

Au mois de janvier 1884, il ressentit de violents maux de tête, des douleurs dans les reins : il urina du sang (bien qu'il n'ait eu précédemment aucun accident vénérien) ; en même temps, il sentit que ses jambes devenaient raides, et il eut un nouvel accès de délire qui dura trois semaines ; quand il revint à la raison, il se trouva paralysé des deux jambes. C'est alors qu'il fut rapatrié, et, à Rochefort, le médecin principal lui donna le certificat de visite suivant :

« Certificat de Visite.

« Je soussigné, médecin principal de la marine, certifie que M. François Mouj..., âgé de trente-deux ans, fusilier, N° matricule 4440, est atteint de myélite chronique, affection pour laquelle il a déjà été reformé par le service de santé militaire.

« En conséquence, j'estime qu'il y a lieu de présenter le nommé Mouj... devant la commission spéciale de réforme.

« Rochefort, le 20 janvier 1885.

« Signé : D...

« Note : Cet homme ne peut quitter son lit et devra être conduit en voiture devant la commission. »

Quelques jours après, François fut envoyé à l'asile d'aliénés de Marseille. Là, il se rappelle très bien avoir eu le délire des grandeurs. Il ramassait tout ce qu'il trouvait de brillant pour

en faire des décorations. Il se croyait roi et voulait impérieusement qu'on l'appelât Sa Majesté. Sa vessie était par moments paralysée, le sphincter du rectum de même.

François est resté quatre mois et demi dans cet état, et après quinze jours de convalescence il rentrait à Paris et se plaçait dans la même maison où il était employé avant son départ pour l'armée.

Au mois de juillet 1888, au milieu d'un boulevard de Paris, il ressentit tout à coup des picotements sur le front, un bruit de cymbales dans les oreilles, et un pressant besoin de dormir. Il se couche sur le boulevard, sans avoir le temps d'aller s'asseoir sur un banc. Il se souvient parfaitement, dit-il, de ce qui se passait autour de lui ; il entendait tout. On le porta au bureau de police, et de là à son habitation, où un médecin fut appelé et rassura l'entourage en disant que ce n'était qu'une attaque de catalepsie. Le malade est resté endormi pendant deux jours ; à son réveil, il avait un grand besoin d'uriner qu'il ne put satisfaire ; on fut obligé de le sonder pendant deux jours, François ressentait en même temps un appétit formidable, et sans qu'il éprouvât aucune peine ni douleur il se mit à pleurer à chaudes larmes. Après cette crise, il ne ressentit qu'un peu de fatigue, et deux jours après il put reprendre son travail.

Le malade n'avait éprouvé aucune émotion, il n'avait eu non plus aucune violente colère avant l'attaque et n'avait point fait d'excès. Il ne s'était prêté antérieurement à aucune expérience d'hypnotisme et n'avait jamais assisté à aucune expérience de ce genre.

François eut une seconde attaque de catalepsie en novembre 1888, absolument identique à la première. Depuis, il en a une environ tous les deux ou trois mois. Il est resté huit mois à

l'Hôtel-Dieu de Paris, où il a eu six de ces attaques, dont une a duré cinq jours.

Le 2 février 1889, François se trouvait auprès d'une personne chez laquelle il avait une commission à prendre, quand tout à coup il ressentit une violente douleur à la jambe droite. En même temps, il fut pris de nausées et de vomissements. La douleur de la jambe droite remonta dans la hanche, dans la poitrine et dans le pharynx, où il éprouve la sensation d'une boule et un peu d'oppression ; le malade pousse un grand cri rauque et tomba sans connaissance. On le plaça au grand air ; il revint à lui une demi-heure après. On lui raconta alors qu'il avait fait toutes sortes de grimaces et de contorsions. Une heure plus tard, il pouvait regagner son domicile à pied. Le soir, il ne ressentait qu'un peu de fatigue ; le lendemain, en se réveillant, il ne sentait plus ses jambes ; elles ne semblaient plus exister. Il appela au secours ; on le transporta à l'Hôtel-Dieu. François ressentait en même temps une violente douleur à la tête, dans tout le côté droit, sauf dans la jambe droite. Il ne pouvait point uriner seul ; il fallut le sonder. Il avait une constipation opiniâtre ; quand on pressait sur la colonne vertébrale, surtout à la région lombaire, on provoquait une violente douleur. Les jambes étaient contracturées ; le malade ne peut pas dire si elles étaient serrées l'une contre l'autre, mais il se rappelle fort bien qu'on explora sa sensibilité et qu'on trouva chez lui des plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie ; les conjonctives étaient anesthésiées des deux côtés ; anesthésie complète du pharynx ; les plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie du jour au lendemain, sauf les conjonctives qui restaient toujours insensibles ; la température oscillait entre 38° et 39°.

Deux ou trois jours après son entrée à l'hôpital, entre une

heure à deux heures de l'après-midi, François pousse un cri, perd connaissance, ses membres se contractent, il rejette de la salive, mais ne se mord point la langue ; au bout de cinq à six minutes il revient à lui. Ces attaques, que l'on appela épileptiques, revinrent tous les jours à la même heure, pendant quarante jours de suite. Il était rare que pendant ces évolutions, le malade n'urinât point sous lui ; mais jamais il n'eut de selles involontaires ni ne se mordit la langue.

Un mois après son arrivée, M. le professeur Proust fit écrire sur le cahier de visite : myélite chronique épileptiforme. On fit prendre au malade chaque jour des douches aux jambes et au périnée, de la strychnine, des bromures, des iodures.

Quarante ou cinquante jours après son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire vers la fin de mars 1889, François recommença à sentir ses membres inférieurs et à les remuer. Bientôt il put se lever et marcher, mais il traînait les jambes et sa démarche ressemblait à celle qu'il a actuellement. Deux ou trois jours après qu'il eût commencé à marcher, François urinait tout seul ; en même temps disparaissaient les attaques épileptiformes. François vit son état s'améliorer de jour en jour, et quinze jours après qu'il eût commencé de marcher, il se sentait complétement guéri de sa paralysie. Mais en même temps, il souffrait toujours de la tête et des reins ; d'un autre côté, la vue qui lui avait paru faible à son entrée à l'hôpital, s'affaiblissait de jour en jour.

Au commencement du mois d'avril 1889, des douleurs se firent sentir de nouveau dans les jambes et les mollets, accompagnées de fourmillements à la pointe des pieds. Trois ou quatre jours après les débuts de ces nouveaux accidents, le malade sentit ses jambes se paralyser peu à peu et devenir rai-

des. Quelques jours après, le bras droit devenait raide à son tour ; il était étendu le long du tronc ; les doigts étaient en extension et entrelacés entre eux. La paralysie du bras disparut au bout de dix jours, subitement, comme elle avait du reste apparu. Mais la raideur dans les jambes persistait ; si l'interne parvenait à les fléchir, c'était en lui causant de vives douleurs.

Ce fut aussi dans les premiers jours d'avril 1889 que François présenta un symptôme nouveau. Tout d'un coup, il senti sa langue paralysée ; il lui était impossible de prononcer une seule parole. Ce mutisme complet dura dix-neuf jours ; au bout de ce temps, il recommença à parler, mais il éprouvait une grande difficulté à prononcer les p et les g. Il n'arrivait que très difficilement à prononcer le mot « gargarisme ».

Un mois après sa rechûte, c'est-à-dire au commencement de mai 1889, une aggravation notable se produisit : les douleurs fulgurantes, qui il y a un mois, étaient à peine marquées, devinrent très vives aux jambes, à la ceinture, au creux épigastrique, le long de la colonne vertébrale et à l'occiput, et si on pressait à ce dernier point, le malade ressentait des douleurs atroces. En même temps, il commença à vomir ses aliments ; ses jambes maigrirent beaucoup ; le sphincter de la vessie se paralysa de nouveau ; il fallut avoir recours à la sonde, et l'on constata, comme pendant sa première paralysie, du pus, des spermatozoïdes et du sang dans ses urines. François avait en outre ses selles involontaires ; la température oscille entre 39° et 40°. Au mois de juillet 1889, il eut des accès de folie, on fût obligé de lui mettre la camisole de force.

Ce fut à cette époque que, sur le cahier de visite, François vit écrit, à côté de son numéro : Hystérie et aliénation mentale.

Cette aggravation de tous les symptômes dura jusqu'à la fin

de juillet 1889. Au mois d'août, une légère amélioration se produisit ; les douleurs fulgurantes devinrent moins intenses ; le malade retrouva ses jambes et, avec la sensibilité, la mobilité ne tarda pas à reparaître ; il resta néanmoins quelques plaques d'anesthésie. Aidé de béquilles, François commença à marcher ; mais avec le pied droit il ne sentait pas du tout le sol ; il lui semblait qu'il marchait sur du duvet ; il sentait un peu mieux avec la jambe gauche. Quand il marchait, il lançait ses jambes à tort et à travers et frappait du talon ; il ne pouvait pas marcher les yeux fermés. Son état resta à peu près le même jusqu'au mois d'août 1889.

Pour la troisième fois sur le cahier de visite on changea le diagnostic ; à la place d'hystérie on écrivit ataxie, et au lieu de chloral et de bromure de potassium qu'on donnait au malade pendant qu'on le considérait comme hystérique, on le traitait maintenant par la pendaison. François a été pendu cinquante-huit fois ; ce traitement a produit une grande amélioration dans la marche ; mais le malade dit qu'il y a eu aggravation des symptômes douloureux, surtout des douleurs en ceinture. François a remarqué que depuis le mois d'octobre dernier, il y voit très peu pendant la nuit ; pendant le jour, il y voit double, mais il voit clair. Il y a environ six semaines que le malade a commencé à uriner tout seul. A la fin de décembre 1889, M. Proust dit à François qu'il ne pouvait plus rester dans son service, qu'on l'enverrait avec les incurables. Le malade préféra rentrer dans sa famille qui habite les environs de Toulouse. En passant à Bordeaux, il perdit connaissance à la gare et fut transporté à l'hôpital Saint-André où il fut admis le 13 janvier 1890.

A son entrée à l'hôpital, le malade présentait beaucoup d'anxiété, de l'hyperesthésie musculaire, et il disait souffrir

horriblement du creux épigastrique et de la colonne vertébrale.

Le 17 au matin, il eut une crise très douloureuse ; à huit heures, il parlait encore ; après une piqûre de morphine, à huit heures et demie, il perdit tout d'un coup l'usage de la parole ; quand il essayait de parler, une sorte de gargouillement se produisait dans sa bouche ; cependant il pouvait avaler des liquides. Le soir, les douleurs étaient moins vives, mais le malade ne pouvait point parler ni tirer la langue. On voyait celle-ci pelotonnée au fond de la bouche. L'intelligence était conservée, et le malade répondait par écrit à toutes les questions qu'on lui posait. Le lendemain, la paralysie de la langue disparut comme elle avait apparu.

Etat actuel le 20 janvier 1890. — Sensibilité. — François se plaint surtout de douleurs aiguës, lancinantes, rapides comme des éclairs, siégeant dans les membres inférieurs, depuis la ceinture jusqu'aux extrémités des orteils. Ces douleurs surviennent par accès. Elles sont souvent assez vives pour faire tressauter le malade et lui arracher des cris.

La peau est partout sensible au contact et à la piqûre. Elle l'est peut-être un peu moins sur les membres inférieurs que sur le tronc et la face. Pas d'anesthésie des conjonctives. Pas de zônes spasmogènes.

Vue. — Résultats de l'examen pratiqué par M. Badal le 20 janvier 1890 :

1° L'accommodation et les réflexes de l'iris sont conservés ;

2° Pas d'atrophie des nerfs optiques. La papille droite est absolument normale ; à gauche un peu de diffusion à la périphérie, encore n'est-il point certain que ce soit là un état pathologique ;

3° L'acuité visuelle est réduite à 1/6 à gauche, avec un verre

corrigeant l'hypermétropie légère. A droite l'acuité est plus mauvaise, mais cet état doit être mis sur le compte d'un astigmatisme irrégulier, suite de kératites anciennes ;

4° La vision des couleurs paraît conservée ;

5° Rétrécissement concentrique du champ visuel des deux côtés, 25° à 30° dans toutes les directions.

L'odorat est très affaibli, surtout à droite. Le goût, l'ouïe et le toucher, sont normaux.

Motilité. — Le malade étendu dans la position horizontale n'a pas de tremblement ; il peut mouvoir assez bien ses membres. Lorsqu'il est debout, les yeux ouverts, il peut rester longtemps immobile, mais si on lui fait fermer les yeux, il chancelle aussitôt et tombe lourdement en avant ou en arrière, plus souvent en avant. La marche est difficile, hésitante, gênée par des secousses musculaires irrégulières ; les talons sont lancés quelquefois au-delà du but à atteindre ; tout le corps est en état d'équilibre instable ; les jambes présentent une sorte de tremblement un peu analogue à celui que l'on observe chez les malades de tabes spasmodique.

Le sens musculaire, normal aux membres supérieurs, est aboli aux membres inférieurs. Les yeux fermés, le malade ne se rend pas compte des déplacements qu'on imprime à ses jambes : il ne peut pas attraper ses talons avec ses mains ; il perd ses jambes dans son lit.

Les muscles des membres inférieurs ont leur volume normal ; ils sont fermes et un peu sensibles à la pression. La force y est bien conservée.

Les réflexes rotuliens ne sont pas abolis. Celui du côté droit est plus ample que celui du gauche.

Le réflexe au chatouillement plantaire est affaibli.

L'introduction du doigt au fond du pharynx ne provoque pas de haut-le-cœur.

La miction est facile. Le malade a quelquefois de la spermatorrhée. Il n'a plus d'érection depuis plusieurs mois.

Les appareils respiratoire, circulatoire et digestif, ne présentent rien d'anormal.

L'intelligence est intacte. Le sommeil est souvent troublé par des cauchemars terrifiants. Pas de céphalée.

Le caractère est inquiet, chagrin, mobile à l'excès.

OBSERVATION II

MM. Camus et Chiray.

Tabes juvénile hérédo-syphilitique et crises gastriques.

Germaine E..., 22 ans, maroquinière. Elle entre à la Salpétrière pour des crises périodiques de vomissements et de petits accès de toux sèche sans expectoration.

Antécédents héréditaires et familiaux. — Père mort à 44 ans de paralysie générale. Mère bien portante. Elle a eu sept enfants : 1° notre malade ; 2° jeune fille de 19 ans ; 3° garçon de 16 ans ; 4° et 5° morts dans leur première année ; 6° mort à 3 ans ; 7° garçon de 11 ans, nettement hérédo-syphilitique (front olympien, les tibias en lame de sabre avec forte hyperostose). Dents irrégulières, crochées, mal plantées, les canines ont le type « clou de girofle. » Nombreuses cicatrices suspectes sur les téguments. Testicules petits et durs.

Antécédents personnels. — L'enfance a été agitée. La malade

vivait dans un cirque et travaillait pour être écuyère. Réglée à 16 ans.

A cette époque, la malade devient un peu nerveuse. Elle ne peut supporter d'aller en tramway ni en wagon sans souffrir de l'estomac; elle pleure continuellement, perd l'appétit. Tous ces symptômes s'aggravent du fait de l'émotion qu'elle ressent des premiers troubles mentaux de son père. En 1889, à l'âge de 18 ans, la malade eut sa première crise de vomissements. Elle dura quinze jours et fut traitée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Hayem, comme gastropathe nerveuse. Après cette crise, la malade revint à un état de santé parfait. Par la suite, elle eut plusieurs autres crises gastriques, rechutes entrecoupées de périodes de tranquillité absolue. Ses principales crises eurent lieu en octobre 1900 (à la suite de la mort de son père) en mars 1901 en juin 1902, en janvier, en février et mars 1903. C'est à cette époque qu'elle entra pour la première fois à la Salpétrière présentant une crise tout à fait analogue aux précédentes. La crise débuta le 31 mars, dix jours après son entrée. La malade a des vomissements bilieux qui durent tout le jour et présente le soir même un état des plus inquiétants : yeux excavés, facies péritonéal. Pouls à 100, légèrement arythmique. Pas de fièvre. Les jours suivants, les vomissements continuent. Etat général grave. Disparition totale de la matité hépatique constatée par M. Dejerine et par tous les élèves du service. La rate reste appréciable. Toute alimentation est impossible.

Puis vient une période d'amélioration progressive avec augmentation de poids.

Elle sort guérie le 3 mai.

Après sa sortie, la malade est restée bien portante pendant

deux mois et demi. Puis les vomissements ont repris de façon irrégulière, mais assez fréquents pour empêcher tout travail.

En novembre 1903, la malade se fait hospitaliser de nouveau à la suite d'une longue crise. D'ailleurs, elle n'a plus de vomissements depuis son entrée dans son service.

Examen actuel. — Vomissements. — Quand la malade est en crise, ce qui arrive le plus souvent au moment des règles, elle a un grand nombre de vomissements dans la même journée. Ils se font tantôt facilement et tantôt avec peine. Quelquefois elle se fait vomir elle-même. Pendant les crises, l'intolérance gastrique est absolue. Ni liquides ni solides ne sont supportés. Une cuillerée d'eau, la potion de Rivière même provoquent des vomissements. Les matières vomies sont au début quelques aliments, puis bientôt se réduisent à du mucus et à de la bile.

Ces crises s'accompagnent de douleurs en ceinture et de sensation de brûlure dans le dos, et quand elles sont terminées, la malade peut du jour au lendemain prendre une alimentation ordinaire sans aucun inconvénient. Elle a bon appétit et digère parfaitement.

En dehors des crises, l'estomac ne présente aucun trouble objectif, ni dilatation, ni hypéresthésie. On peut déprimer le creux épigastrique sans que la malade se plaigne.

L'*état général* est très grave pendant la période des crises. La déshydratation est extrême. La matité hépatique disparaît totalement, on a l'impression d'une terminaison fatale et prochaine.

Enfin, pendant les crises, le signe d'Argyl Robertson a été constaté de la façon la plus nette et à différentes reprises. C'est ce qui a déterminé la recherche des autres signes du tabes

quand la malade a été hors de crise et en état d'être examinée.

Signe de tabes. — Troubles de motité. — Ils sont très faibles. Peut-être la station sur une jambe les yeux fermés est-elle un peu moins assurée que normalement.

Troubles de sensibilité subgestive. — En dehors des crises gastriques, la malade a, depuis l'âge de 16 ans, de temps à autres des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Ce sont comme des secousses soudaines qui disparaissent au bout de quelques secondes.

Troubles de sensibilité objective. — Il existe une zône d'hypoesthésie radiculaire au niveau de la face interne des membres supérieurs. L'anesthésie est plus marquée à gauche qu'à droite. Il n'y a pas d'hypoesthésie mammaire. Enfin, on constate la perte du sens des attitudes au niveau des deux gros orteils et des articulations tibio-tarsiennes. Sensibilité osseuse normale.

Troubles réflexes. — Les réflexes achilliens, rotuliens, olécrâniens, radiaux, sont supprimés entièrement. L'orteil réagit en flexion plantaire. Les réflexes abdominaux sont conservés.

La *ponction lombaire* a montré qu'il y avait une certaine hypertension. Pas de lymphocytose.

Les *stigmates d'hérédité spécifique* sont très peu accentués. On peut relever seulement la petitesse de la taille (1 m. 49) et une malformation des orteils. Il y a syndactylie légère et symétrique des quatre derniers orteils.

Ce ne sont en réalité que de légers troubles dystrophiques qui ne s'accompagnent d'aucune malformation dentaire, ni auriculaire, ni osseuse. Il n'y a pas de taches pigmentaires du fond de l'œil.

Il n'y a aucun stigmate de syphilis acquise, ni lésions en acti-

vité dans la bouche ou à la vulve, ni syphilides pigmentaires du cou, ni adénopathies, ni cicatrices et aspect suspect.

Enfin cette jeune fille ne présente aucun signe d'hystérie.

OBSERVATION III

MM. Brissaud et Bruandit.

Méningisme. Mononucléose du liquide céphalorachidien. Symptômes tabétiques.

La nommée K..., âgée de 33 ans, domestique, est envoyée à l'Hôtel-Dieu, le 6 janvier 1903, pour des accidents péritoniques, vomissements, douleurs abdominales intenses.

La malade est alors très agitée, le ventre est rétracté, la pression sur l'abdomen est plus douloureuse. En plus, il y a absence des réflexes rotuliens, troubles du côté des pupilles. La malade est placée en médecine, salle Sainte-Madeleine, lit n° 11.

A l'âge de 6 ans, fièvre éruptive que la malade ne peut préciser.

La menstruation a toujours été très irrégulière. Les menstrues manquent plusieurs fois de suite : pas de fausses-couches.

Il y a dix ans, grippe infectieuse nécessitant deux mois de séjour au lit.

Il y a sept ans, à l'âge de 26 ans, la malade eut, pendant une année des crises épileptiformes, survenant parfois plusieurs fois par jour. L'aura variable fut souvent un dérobement des jambes. Perte de connaissance. Morsure de la langue ; cicatrice encore visible actuellement ; pas de miction pendant la crise.

Il y a quatre mois, fièvre typhoïde durant un mois.

Il y a trois ans, la malade a fait un séjour à Necker pour embarras gastrique et début de péritonite, dit-elle.

On ne trouve pas d'antécédents syhilitiques ; tache cutanée pigmentée à la région lombaire.

Le début des accidents actuels aurait commencé en février 1902, ily a onze mois. La malade eut alors des crises gastriques vomissements qui l'obligèrent à rester six mois au lit à l'hôpital de Versailles. Elle eut en même temps de la diplopie.

Après quelques mois de guérison, en décembre 1902, la malade est reprise de nouveaux accidents : vomissements, douleurs abdominales sans constipation ni diarrhée, anorexie presque complète, amaigrissement notable. Cet état persistant, la malade entre à l'Hôtel-Dieu.

Le lendemain de son entrée, la malade a les yeux cernés, brillants et animés. La pupille droite est dilatée et complétement immobile. Pas de photophobie. La physionomie est grippée, grimaçante ; la face a, en permanence, un aspect souffreteux et marque souvent la douleur. La malade a des plaintes fréquentes, des gémissements, cris hydrencéphaliques longs et douloureux. La langue est rouge. La malade reste calme dans son lit ; une jambe est ordinairement rétractée sous l'autre. Les mouvements de la nuque sont un peu douloureux. La céphalée est intense dans les régions pariéto-occipitales ; elle s'est exaspérée la nuit ; la malade a la sensation qu'on lui ouvre la tête. Les vomissements sont fréquents ; cinq à six dans la journée ; ils sont douloureux, la malade a sensation de torsion de l'estomac ; le creux épigastrique est douloureux à la palpation. Les vomissements sont muqueux, bilieux, verdâtres, porracés. Un peu de constipation. Le ventre est légèrement en bateau ; la

raie méningitique est produite nettement. La pression de l'abdomen sous-ombilical produit la sensation de coups de pointe d'épingle. Les genoux sont spontanément le siége de douleurs assez vives. Les réflexes rotuliens sont très faibles : on ne les aperçoit qu'en appliquant la main sur la face plantaire des orteils et en soulevant légèrement par cette main le membre inférieur percuté. Les réflexes plantaires sont exagérés.

Il existe certaines zones d'analgésie, notamment au mamelon gauche. En de nombreux points, hypéresthésie au froid et à la piqûre.

Les bruits du cœur, le pouls, la respiration, sont normaux. Pas de modification des bruits respiratoires aux sommets.

Les urines sont rares, foncées ; elles ne contiennent pas de sucre ni d'albumine.

La ponction lombaire montre une lymphocytose mononucléaire de moyenne intensité.

14 janvier. — Grande crise douloureuse, à 3 heures du soir, avec vomissements.

15 décembre. — La céphalée est devenue très intense ; les mouvements de la nuque sont difficiles et font souffrir la malade. La douleur descend le long du rachis jusqu'à l'espace interscapulaire. Les yeux restent encavés, profondément cernés ; le front est plissé : le facies exprime une forte souffrance : la malade geint presque sans cesse.

On constate des arrêts respiratoires.

La langue est un peu sèche : le ventre n'est plus en bateau, il n'est plus douloureux. Le membre inférieur droit est le plus souvent rétracté sous le gauche.

Le pouls reste normal ; la température oscille autour de

38° et atteint deux fois 39°. La malade est mise au traitement mercuriel.

16 janvier. — Même état; ponction lombaire, mononucléose marquée. Examen des yeux par M. Pechin : inégalité pupillaire, pupille gauche plus dilatée, sans réflexe consensuel à droite, l'œil gauche étant éclairé ; pas de lésion du fond de l'œil ni à gauche ni à droite.

17 janvier. — La céphalée reste intense, surtout occipitale. La langue est normale ; pas de vomissements. Un demi litre d'urine en vingt-quatre heures.

20 janvier. — La céphalée a disparu : ulcérations sur la langue et les joues qui semblent être d'origine mercurielle. On supprime le traitement.

22 janvier. — Les ulcérations buccales rétrocèdent. Absence de douleurs.

23 décembre. — Mononucléose nette du liquide céphalo-rachidien. Deuxième examen des yeux par M. Pechin. Pas de réflexes pupillaires à gauche ; réflexes normaux à droite. Pas de lésions du fond de l'œil.

28 janvier. — Les phénomènes méningitiques réapparaissent : vomissements abondants, muqueux, verdâtres, bilieux, douloureux, sans constipation, retour du cri hydrencéphalique. La nuque est raide, on soulève le thorax en soulevant la tête. Température 37°.

29 janvier. — La malade a encore des vomissements, en plus du hoquet. Le ventre est en bateau, les grands droits sont rétractés. Sensation de déchirement au creux épigastrique, exagérée par la pression. Pas de signe de Kernig.

Le pouls est plein, résistant, fréquent; la température est de 38°.

1er février. — L'état de la malade s'est amélioré ; plus de vomissements. Il persiste seulement une vive douleur à la région lombaire ; cette douleur est exagérée par la pression. Le rein droit semble un peu gros et douloureux.

Urines normales.

La malade prend volontiers la position dite en chien de fusil. Ponction lombaire, la quatrième, mononucléose notable.

4 février. — La malade est de nouveau bien portante.

Elle sort sur sa demande, à la fin du mois.

Le 14 avril. — La malade est ramenée à l'Hôtel-Dieu. Elle s'est bien portée jusque il y a trois jours ; alors est survenue une nouvelle crise gastrique. Les vomissements furent abondants, porracés ; ils furent douloureux. En même temps apparaissaient de violents maux de tête.

La malade continue à vomir le jour de son entrée et la nuit suivante ; les douleurs épigastriques sont vives.

15 avril. — Un peu moins de vomissements. Les réflexes rotuliens existent; ils sont même un peu vifs, pas de clonus. Un peu d'hypoesthésie au-dessous des genoux ; douleurs spontanées, passagères dans les orteils.

Albuminurie légère.

Pouls et température normaux.

Ponction lombaire, la cinquième, montre une mononucléose nette mais modérée (2 centimètres cubes), un quart d'heure de centrifugation, une goutte peu étalée, 6 à 7 globules blancs par champ microscopique, immersion, oculaire. On reprend le traitement mercuriel.

18 avril. — Encore des vomissements verdâtres : respiration irrégulière. La malade est restée alitée depuis la reprise

des symptômes ; à un essai de la faire se lever, elle vacille, en tendance à la syncope. Tout le corps est endolori.

22 avril. — Guérison apparente ; plus de troubles de la sensibilité. Réflexes rotuliens présents mais très faibles ; pas de signes de Romberg.

Nouvel examen des yeux : état stationnaire, acuité visuelle normale des deux côtés.

Depuis sa sortie du service de M. Brissaud qui avait eu lieu le 4 février la malade se trouvait bien, cependant elle n'avait pas recommencé à travailler. Elle se sentait encore faible, ses mains tremblaient quand elle portait quelque chose.

Vendredi dernier, c'est-à-dire le 15, après le déjeuner, elle se sentit la tête lourde et était très abattue ; elle se reposa quelque temps sur son lit. Mais elle fut aussitôt prise de nausées et elle vomit son repas. Elle eut des vomissements verdâtres à diverses reprises dans la journée, souffrant surtout de l'estomac et du ventre. Le lendemain elle rentra à l'hôpital.

17 mai. — La malade est très agitée. Elle n'a cessé de crier de se plaindre depuis la veille. Elle prétend souffrir de partout, mais les douleurs paraissent être particulièrement vives au niveau des reins et du creux épigastrique. La pression à ce niveau provoque des cris et la percussion des apophyses épineuses dans les régions dorso-lombaires paraît très pénible.

La malade se plaint aussi de la tête surtout dans la région occipitale, toutefois elle prétend que les douleurs sont beaucoup moins vives que lors de son précédent séjour chez M. Brissaud.

Depuis son entrée la malade a des crises très nombreuses : Fort variables dans leur aspect elles ne répondent pas à une description unique. Les unes revêtent jusqu'à un certain point e caractère épileptique ; la malade perd ses urines (elle ne s'est

pas mordu la langue) et ses membres sont agités par des mouvements convulsifs.

D'autres ont nettement le caractère d'attitudes passionnelles ; pendant une minute environ la malade contracturée se tient en état d'opisthomos très accusé, l'écume à la bouche. Dans son lit la malade a dans l'intervalle des crises les attitudes les plus variables et les plus bizarres : sur le dos, sur le ventre, elle se tient quelquefois complétement recroquevillée sur elle-même.

Elle n'a pas de signe de Kernig, ni de raideur de la nuque, la pression des globes oculaires n'est pas douloureuse.

Il faut noter aussi que depuis la veille, la malade a eu à diverses reprises des vomissements verdâtres, avec efforts, bégaiement très notable.

Sensibilité. — Anesthésie des deux membres inférieurs et de l'abdomen remontant environ jusqu'à l'ombilic.

Réflexes. — Pas de réflexe plantaire.

Réflexes rotuliens normaux.

Anesthésie pharyngée à peu près totale.

Réflexe cornéen conservé.

Organes des sens. — La malade a un ptosis bilatéral très manifeste.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas de paralysie des muscles de l'œil.

Grosse inégalité pupillaire (gauche est dilatée).

La pupille droite réagit normalement ; la gauche présente le signe d'Argyll.

Quelques bourdonnements d'oreilles.

Pas d'hypoaconsie.

Le pouls est régulier, non accéléré.

Bruits du cœur normaux.

Langue blanche. Constipation. On a donné 4 grammes de chloral en lavement.

Le 18 mai 1903. — La malade paraît un peu plus calme. Néanmoins elle se plaint toujours beaucoup du creux épigastrique et de rachialgie. Les gémissements sont continuels ; ses yeux cernés, les traits contractés traduisent les douleurs continuelles dont elle se plaint.

Toujours crises et vomissements.

2 grammes de chloral en lavement.

1/4 de morphine en injection.

Le 19. — Malade plus calme que la veille.

Les signes constatés le 17 persistent. Mais les troubles de la sensibilité sont très différemment repartis.

Anesthésie des membres inférieurs.

Pas d'anesthésie plantaire et réflexe plantaire normal en flexion.

Bande d'anesthésie au niveau de l'abdomen.

Région ovarienne droite un peu douloureuse.

Hypoesthésie très marquée à la face, aux membres supérieurs et à la glande mammaire.

Depuis son entrée la malade est constipée.

Ponction lombaire faite la veille a montré une *lymphocytose* très abondante. Quelques hématies et quelques rares polynucléaires.

Le 20. — L'état de la malade est tout à fait transformé depuis la veille. Elle n'a plus vomi. On lui a donné un lavement purgatif qui a provoqué une débâcle abondante.

Pas de céphalée. Plus aucune douleur dans le rachis, ni au creux épigastrique.

Les réflexes sont normaux, et il n'y a pas de trouble notable de la sensibilité, hormis l'anesthésie pharyngée qui persiste.

En résumé on ne constate qu'une grande lassitude et une parésie du moteur oculaire commun gauche qui se traduit par du ptosis et de la dilatation pupillaire. La pupille gauche ne réagit pas à la lumière, la droite réagit bien.

La malade a ses règles depuis ce matin. C'était son époque. Elle ne les avait pas eu depuis le mois de janvier. Il est intéressant de noter que la malade avait déjà eu deux fois ces crises au moment de ses époques, qui avaient été absentes.

Le 21. — La malade a été tranquille la journée et la nuit. Ce matin elle paraît plus abattue que la veille. Elle dit ne pas avoir la force de causer. Ce matin vers 6 heures la malade s'est plainte de douleurs assez vives dans le dos qui ont été calmées par une demie piqûre de morphine.

Ce matin les douleurs paraissent surtout siéger latéralement à droite du rachis. Pas de douleur au creux épigastrique. Pas de céphalalgie. Pas de troubles notables de la sensibilité. Toujours inégalité pupillaire et léger ptosis gauche.

Le 22. — Depuis la veille la malade se plaint et pousse des gémissements. Elle prétend souffrir dans le dos et au creux épigastrique. Ce matin elle a eu des vomissements muqueux et on a dû lui faire une piqûre pour la calmer.

On constate à l'examen un peu d'hyperesthésie au niveau du thoron du côté droit et de la douleur à la pression de la région ovarienne du même côté.

Pas de céphalée. Anesthésie de la glande mammaire et du mamelon gauche. Pas d'autre trouble de la sensibilité.

On a injecté la veille 2 cmc. de liquide céphalorachidien de la malade dans le péritoine d'un cobaye.

Le 23. — Cette nuit la malade a eu des vomissements verdâtres. Ce matin elle se trouve un peu mieux. Elle souffre moins et ne pousse pas de gémissement.

Etat de la sensibilité. — Hypoesthésie dans tout le côté gauche. Anesthésie absolue au niveau des membres inférieurs et de la glande mammaire Hypéresthésie au niveau de la plante du pied.

Le 25 mai. — L'état de la malade a été en s'améloirant depuis le 23. Elle n'a plus de vomissement.

Ce matin elle se trouve très bien. Elle ne souffre plus (la zone onéreuse droite n'est plus douloureuse à la pression). Ainsi il ne persiste actuellement que :

Un peu d'hypoesthésie au membre supérieur gauche.

Une anesthésie totale de la glande mammaire gauche et les troubles oculaires déjà notés. Ils ont été tels pour la première fois lors de l'entrée de la malade au mois de janvier dans le service de M. Brissaud).

Le 27 mai. — La malade va tout à fait bien elle se lève mange et ne souffre plus. La veille elle a eu des visions colorées à plusieurs reprises dans la journée. Elle a vu également des deux yeux des étincelles multiples.

Plus de bégaiement.

Le 1er juin. — La malade va toujours très bien. Une nouvelle *ponction lombaire* a permis de constater les faits suivants : Pas de *leucocytose*.

On voit quelques débris cellulaires et quelques éléments arrondis ressemblant assez à des lymphocytes déformés sans qu'il soit permis de l'affirmer.

Le 22 juin. — Depuis sa dernière crise la malade se portait bien. Le 13 ses règles n'ont pas apparu. Depuis cette époque

la malade avait ressenti une sensation de tension dans la région hypogastrique.

Hier elle ressentit des douleurs un peu plus vives. Dans la journée elle eut des nausées et des vomissements verdâtres. Elle eut aussi ce jour un peu de diarrhée (5 ou 6 selles dans la journée) mais elle n'eut pas de douleur au creux épigastrique.

Aujourd'hui, la malade paraît très abattue, facies altéré comme dans la dernière crise. Ni céphalée, ni rachialgie, on trouve un peu d'anesthésie en croissant dans la région hypogastrique.

23 juin. — La malade paraît beaucoup plus souffrir que la veille. Elle se plaint de douleurs très vives au creux épigastrique. Ce sont des douleurs spontanées, continues avec paroxysmes au moment des vomissements.

Elle les compare à des sensations de torsion d'arrachement, de brûlures très vives. La pression du creux épigastrique est très douloureuse. Pas d'irradiations.

Céphalée très vive surtout dans la région frontale et au niveau de la nuque.

La percussion des apophyses épineuses est très douloureuse, surtout dans la région dorso-lombaire. Toutefois ces douleurs sont assez diffuses et il y a de l'hypéresthésie cutanée très notable.

Enfin, fait très important, pour la première fois depuis que la malade est dans le service elle se plaint de douleurs fulgurantes très caractéristiques au niveau des mollets et des orteils.

Anesthésie au niveau des membres inférieurs, hormis la plante du pied où la malade sent très bien. Plaques d'anesthésie de chaque côté de la ligne médiane au niveau du thorax et qui

affectent une disposition radiculaire, s'étendant suivant les deuxième, troisième et quatrième racines dorsales.

Depuis la veille la malade a eu des vomissements à plusieurs reprises.

Céphalée moins vive.

12 juin. — La malade souffre moins que la veille. Elle n'a pas ressenti de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Mais elle se plaint toujours de douleurs dans la région dorso-lombaire et au creux épigastrique.

Anesthésie localisée aux membres inférieurs.

25 juin. — La malade souffre beaucoup moins, mais elle se sent très abattue. Plus de vomissements depuis la veille au soir. Constipation.

Anesthésie localiséee aux pieds et aux jambes.

26 juin. — La malade se trouve beaucoup mieux.

Elle ne souffre plus de l'estomac ni du dos.

Son facies est meilleur et moins abattu.

L'anesthésie ne persiste qu'à la face interne des mollets.

Il convient de faire remarquer qu'il existe un rapport assez étroit entre le moment où ces crises surviennent et les époques de la malade.

En janvier, chez M. Brissaud, la malade a eu sa crise au moment de ses règles et elle a eu ses règles.

En février, mars, elle n'a eu ni crises ni règles.

En avril, elle a eu une légère crise, mais elle n'a pas vu ses règles. Enfin en mai et en juin dans le service elle a eu deux fois ses crises au moment de ses règles qui ont apparu.

27 juin 1903. — La malade va très bien. Anesthésie persiste sur le sein gauche. La malade prétend que sa glande

mammaire est anesthésiée (depuis piqûre d'aiguille ressentie autrefois et qui a laissé d'ailleurs une cicatrice).

Le 12 juillet 1903 la malade a été prise la veille de vomissements alimentaires après le repas. Elle a eu aussi des vomissements bilieux à plusieurs reprises, dans la journée et dans la nuit. Douleurs très vives dans le dos siégeant au niveau du rachis et des omoplates.

Outre ces douleurs profondes, continues, la malade a de l'hypéresthésie cutanée manifeste.

La céphalée n'est pas très vive.

Pas de constipation. Pas de troubles de la sensibilité. Pas de fièvre.

13 juillet. — Toujours très abattue. Outre les douleurs rachidiennes, des douleurs très vives au niveau du creux épigastrique. Réveillée par la pression, ce sont au moment des vomissements de véritables déchirements.

Les zônes ovariennes ne sont pas douloureuses. Température normale.

Céphalée peu vive, pas de raideur de la nuque.

Dans cet état de crise la malade a une hypotomie musculaire très marquée qui lui permet de fléchir ses membres et le tronc d'une façon exagérée.

Cette nouvelle crise n'a aucun rapport avec les règles de la malade. Elle les attendait le 20 et elles n'ont pas apparu.

14 juillet 1903. — Etat peu modifié. Malade toujours très abattue. Vomissements fréquents, verdâtres, avec efforts.

Pas de raideur de la nuque. Pression des globes oculaires non douloureux. Pas de céphalée Pas d'anesthésie.

16 juillet 1903. — L'état de la malade reste à peu près le même. Toujours vomissements et douleurs rachidiennes.

La ponction lombaire faite le 13 a montré une *lymphocytose* abondante dans le liquide céphalo-rachidien. Depuis ce matin la malade se plaint de douleurs dans les régions ovariennes droite et gauche.

18 juillet. — La malade se trouve un peu mieux. Douleurs rachidiennes et épigastriques moins vives. Elle n'a pas vomi la veille ni le matin. Elle a diminué la nuit. Mais elle se sent extrêmement lasse et abattue.

La malade a ses règles depuis la veille au soir.

20 juillet. — Vomissements depuis la veille, verdâtres et jaunâtres. Néanmoins elle souffre moins. La douleur la plus vive est au creux épigastrique affectant la forme de douleur en broche. La pression au niveau du creux épigastrique provoque une douleur rachidienne nette.

Pas de zones anesthésiées.

22 juillet. — La malade va beaucoup mieux. Les règles sont terminées depuis la veille. Elle n'a pas vomi depuis hier. Elle ne souffre plus du dos, ni de l'épigastre. Elle se sent beaucoup moins abattue. Facies beaucoup meilleur. La malade a de l'appétit et commence à manger.

23 juillet. — La malade se trouve moins bien que la veille. Elle a vomi ce matin et elle se plaint de douleurs assez vives dans l'estomac. Elle paraît plus abattue.

24 juillet. — Les vomissements continuent. Douleurs diffuses dans le dos et au niveau de la base du thorax. La malade compare ces douleurs à un étau qui la serre. Douleurs au niveau de la nuque et tout le long du rachis.

25 juillet. — La malade a passé une bonne nuit. Elle ne souffre plus, et quoiqu'ayant un aspect un peu fatiguée elle dit qu'elle se trouve tout à fait bien.

28 juillet. — Depuis hier la malade a ressenti des douleurs dans la nuque et elle a eu quelques vomissements. Un peu de céphalée. Ce matin elle se plaint de douleurs tout le long du rachis et au niveau de la base du thorax.

Les réflexes achilléens sont forts.

Réflexe rotulien droit normal.

Réflexe rotulien gauche un peu diminué.

L'anesthésie au niveau de la mamelle gauche persiste, et l'on trouve en plus au niveau de la partie postéro-latérale droite du thorax, une bande d'anesthésie qui s'étend de la première dorsale à la huitième. Cette bande d'anesthésie est réunie à l'anesthésie mammaire.

Pas d'incoordination dans la marche. Pas de Romberg. Cependant on remarque un peu d'incertitude quand la malade se tient sur un pied.

29 juillet. — La malade va tout à fait bien.

5 août. — La veille la malade a eu le matin des vomissements bilieux. Dans la journée elle s'est trouvée assez bien. Dans la nuit dernière elle a ressenti des coliques assez vives et un peu de diarrhée (trois selles dans la nuit). Ce matin vomissement glaireux à trois reprises. Céphalée frontale assez vive. Coliques très vives.

7 août. — Depuis l'avant-veille l'état de la malade s'est un peu modifié. Le facies un peu pâle, les traits tirés, elle a surtout des troubles gastro-intestinaux. Vomissements glaireux le matin. Coliques et un peu de diarrhée (cinq selles la veille). Pas de douleurs gastriques. Ventre légèrement ballonné.

On trouve à l'examen de la sensibilité : Anesthésie qui s'étend de l'épine de l'omoplate à la base du thorax en arrière, un peu moins étendue en avant, du côté gauche.

A droite, étroite bande anesthésique au niveau du sein qui se prolonge horizontalement en arrière.

Pas d'anesthésie au niveau des membres.

Réflexe rotulien gauche, droit, persiste, un peu diminué. Pas de Romberg.

6 septembre. — Pendant le mois d'août la malade avait tous les jours des vomissements alimentaires, avec état de malaise général et douleurs diffuses de l'abdomen irradiées à la partie inférieure du thorax.

Le 1er septembre, elle prend du képhir qu'elle supporte ; plus de vomissements jusqu'au 6 septembre. Ce jour-là crise de vomissements porracés.

Le 23 septembre, la malade se trouve mieux depuis la veille. Elle n'a pas eu ses règles depuis le 15 août.

Sensibilité. — Plus d'anesthésie dans la région dorsale qui avait été notée le 7 août. Anesthésie au niveau du sein gauche et sur la ligne axillaire à la même hauteur.

Anesthésie au niveau du mamelon droit.

Réflexes. — Plantaire normal.

Achilléen normal.

Rotuliens gauche et droit persistent un peu diminués.

Pharyngien très diminué.

Pas de Romberg.

Le 26 septembre la malade va bien.

Ponction lombaire. — Lymphocytose très nette.

Quelques grands mononucléaires et quelques très rares hématies.

28 septembre. — Depuis un mois la malade va très bien. Aucun trouble gastrique ni de douleur d'aucune sorte.

Une ponction lombaire faite le 26 a montré l'existence dans

le liquide céphalo-rachidien de nombreux lymphocytes et de quelques mononucléaires.

La malade sort en très bon état gardant comme seuls stigmates son inégalité pupillaire avec signe d'Argyll unilatéral (à gauche), son anesthésie mammaire et un peu d'hypotonie musculaire.

Le 5 novembre. — La malade rentre à l'hôpital en état de crise.

Le 3 novembre. — Elle a été reprise assez brusquement par des douleurs dans le ventre et des vomissements. Actuellement elle se plaint de douleurs très vives au niveau du creux épigastrique et de la base du thorax. La malade se tord dans son lit. Repliée dans les poses les plus bizarres, recroquevillée complétement sur elle-même par suite de l'hypotonie musculaire qui existe dans les membres inférieurs. Les douleurs abdominales sont actuellement moins vives. On trouve de l'anesthésie bilatérale au niveau du sein.

Hypéresthésie en arrière à la partie correspondante du thorax.

Le 9 novembre. — Depuis la veille la malade va un peu mieux, elle souffre toujours au creux de l'estomac et à la base du thorax, mais les douleurs sont moins vives. Elle se sent surtout très abattue, courbaturée. Ses règles sont apparues ce matin. La malade n'avait pas été réglée depuis deux mois.

Le 10 novembre. — Elle a vomi toute la nuit dernière.

Le 12 novembre. — Même état ; toujours vomissements verdâtres. Les règles de la malade sont terminées depuis la veille.

Le 14 novembre. — La malade souffre beaucoup moins, elle ne vomit plus, mais elle se sent très abattue, très anéantie.

Le 15 novembre. — La malade va bien. Facies meilleur quoiqu'elle se sente un peu fatiguée.

Le 15 novembre. — Température 39°4. Douleurs vives survenues la nuit, brusquement.

Le 18 novembre. — La malade se sent un peu mieux, mais depuis hier elle a de la diarrhée.

Le 25 novembre. — Depuis deux jours la malade se plaint de douleurs généralisées, la privant de sommeil, elle a des vomissements et semble maigrir sensiblement.

Le 20 décembre. — Crise hystérique typique, avec grands mouvements, agitation extrême, attitude en arc de cercle.

Le 28 décembre. — La malade souffre moins, cependant elle a encore des douleurs en ceinture.

Le 20 janvier 1904. — La malade a eu, depuis le 28 décembre, quelques crises gastriques séparées par des intervalles de deux ou trois jours pendant lesquels elle n'a que de la rachialgie.

24 janvier. — On commence une série de piqures mercurielles.

26 janvier. — La malade va bien. Elle se lève. Elle n'accuse qu'une douleur vague dans la région lombaire.

Le 8 février — Le 6 février elle a eu une crise gastrique terminée ce matin. Elle n'accuse aujourd'hui qu'un peu de fatigue. La crise a été moins forte que la précédente.

OBSERVATION IV

Crises gastriques tabétiques : Entérite muco-membraneuse. Crises hystériques.

Antécédents héréditaires. — Mère âgée de 65 ans. Rhumatisante.

Père mort à 40 ans. De bonne santé habituelle. Mort brusquement en 12 heures « de l'émotion de voir sa femme atteinte de variole ». Il ne semble pas avoir eu d'ictus brusque.

Antécédents collatéraux. — Trois frères actuellement vivants. De bonne santé. Agés de 43, 37, 34 ans. Ils sont tous nerveux, émotionnables. Une sœur morte à 19 ans à la suite d'un phlegmon.

Antécédents personnels. — La malade a été mariée une première fois à 15 ans.

Veuve à 21 ans. Son mari est mort tuberculeux. Remariée il y a 13 ans. La malade n'a jamais eu d'enfants.

La malade est venue au monde à 7 mois. Elle a toujours été d'une mauvaise sante étant jeune. Elle est restée couchée d une façon continue jusqu'à 6 ans. Elle aurait eu la rougeole, la varicelle, la scarlatine.

A 6 ans on a commencé à lever la malade. On la tenait pour la faire marcher car elle était, paraît-il, très faible. Elle aurait eu de l'entérité étant jeune. Constipation habituelle. Deux ans avant d'être formée elle a été particulièrement mal portante. Elle était sans appétit, on porta le diagnostic de chlorose.

Réglée à 15 ans pour la première fois. Elle fut mariée quelques mois seulement après ses premières règles. Après son mariage elle fut plus malade. Rapports avec son mari, impossibles. Indisposée pendant longtemps au moment de ses époques. Toujours de l'entérité caractérisée par des douleurs de ventre, de la constipation et déjà à ce moment elle remarquait des glaires, des peaux et du sang dans ses matières.

Il y a six ans on l'a opérée par le vagin à propos de douleurs très vives dans le bas du ventre. Il y a une douzaine d'années la malade a eu une crise de colique néphrétique, elle a souvent

remarqué du sable rouge et des petits graviers au fond de son vase.

Il y a deux mois la malade a eu une contrariété assez légère d'ailleurs. Le lendemain douleurs dans tout le ventre beaucoup plus vives que de coutume. Ces douleurs remontaient jusqu'au creux épigastrique puis jusqu'à la gorge, elle sentait quelque chose qui la serrait.

Accès d'oppression et d'angoisse. Battements dans les tempes. Ces douleurs furent aussitôt suivies de vomissements qui durèrent environ trois semaines, d'une façon continuelle, alimentaires, bilieux glaireux porracès. Elle se plaignait encore de douleurs dans les reins et dans l'estomac qui se calmèrent quelque peu ensuite. Mais elle ressentit après, des douleurs dans les membres. C'étaient des élancements dans les avant-bras, dans les jambes, dans l'épaule, durant de 1/4 d'heure à 1/2 heure. Puis ces douleurs disparaissaient pendant deux ou trois jours.

De plus la malade a eu des crises sur lesquelles il convient d'insister :

Il y a très longtemps — 15 ans dit-elle — quand la malade après une phase de constipation va à la selle, et qu'elle fait des efforts, elle sent une douleur très vive, une sensation de constriction rectale qui s'irradie ensuite dans tout le ventre. Puis cette douleur remonte jusqu'au creux épigastrique et à la gorge.

Elle a ensuite des hallucinations auditives. Elle se croit dans un bois avec le son lointain du cor et le bruissement des feuilles. Ce n'est qu'après que la malade perd connaissance et tomberait si on ne la soutenait. Elle ne se débat nullement ; du reste, elle revient à elle 20 minutes après environ.

Etat actuel. — L'aspect, l'embonpoint, le facies de la malade, font penser à une bonne santé.

Il semble qu'au point de vue organique ce soit toujours l'intestin de la malade qui fonctionne mal. Elle se plaint de douleurs abdominales sur le trajet du côlon. Constipation, glaires et pseudo-membranes dans les matières. Pas de vomissements. Peu d'appétit. Pas d'albumine dans les urines.

Appareils circulatoire et respiratoire en bon état. Pas de stigmates hystériques nets. Peut-être un peu d'hyposthésie au niveau de la face à gauche, mais peu de chose. Pas de troubles des organes des sens. Pas de rétrécissement du champ visuel. Pas d'Argyll.

Quelques symptômes neurasthéniques. Céphalée, surtout le matin. Lassitude. Insomnies fréquentes. Quelquefois la malade a du dérobement des jambes.

Le trait le plus frappant du caractère de la malade est l'émotivité. Le moindre incident la frappe. L'examen de la malade suffit pour qu'elle soit animée d'un tremblement généralisé à tout le corps.

29 octobre. — Depuis son entrée la malade se plaint de douleurs abdominales plus ou moins vives. Mais hier dans l'après-midi en même temps que l'apparition de ses règles, la malade a été prise de douleurs extrêmement vives dans la région épigastrique. Ces douleurs sont continues avec des accalmies et des paroxysmes qui arrachent des cris et des larmes à la malade. Elle compare ces douleurs à une constriction de la base du thorax analogue à celle d'une bourse dont on serrerait les deux cordons (comparaison de la malade). Ces douleurs sont accompagnées de vomissements bilieux et porracés, avec efforts très pénibles.

On constate à l'examen que les deux pupilles sont égales mais présentent un signe d'Argyll bilatéral.

On trouve aussi au niveau du bras quelques zônes d'hypoesthésie alternant avec des zônes normales et affectant le type radiculaire. Au niveau du bras gauche l'on trouve au tiers supérieur de la face antéro-interne du bras une zône d'anesthésie complète. Hypoesthésie au niveau du sein gauche.

La malade se plaint aussi de difficulté et de peine pour uriner.

30 octobre. — Depuis hier la malade n'a cessé de se plaindre de douleurs très vives au creux épigastrique et de vomissements verdâtres. Les douleurs se sont cependant un peu calmées la nuit et la malade a pu se reposer un peu.

1er novembre. — La malade vomit toujours et se plaint de douleurs dans l'estomac et dans le ventre. Elle paraît très abattue.

Le 3 novembre. — La malade va mieux. Les douleurs au creux épigastrique sont bien moins vives. Pas de vomissements depuis la veille au soir.

4 novembre. — La malade va mieux. Le creux épigastrique est encore sensible mais la malade ne ressent plus de douleurs. Plus de vomissements.

Depuis que la crise est en défervescence la malade se plaint d'une salivation très abondante, continue et très amère.

Le 5. — Elle a été reprise le soir vers minuit par des douleurs dans le ventre et par des vomissements verdâtres. Elle dit aussi souffrir dans l'estomac mais ce ne sont pas des douleurs semblables à celles de la crise précédente.

Le 9. — Va mieux. La crise est terminée depuis la veille.

Elle souffre toujours cependant dans le ventre, mais ce sont des douleurs très supportables.

Le 15. — La malade sort de l'hôpital. Elle se plaint toujours de douleurs dans l'abdomen surtout au niveau de la fosse iliaque gauche. Dans la nuit du 13 au 14 la malade a encore eu des vomissements.

Après sa sortie de l'hôpital, les crises gastriques ont réapparu accompagnées de quelques douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

Des symptômes d'infection du petit bassin se sont manifestés pour lesquels elle a été opérée par M. Faure à l'Hôtel-Dieu.

Actuellement (15 jours après l'opération) elle a eu une nouvelle crise gastrique durant deux jours qui a été calmée par la morphine. Elle a eu de petites douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Elle a de l'Argyll et de l'hypoesthésie en bandes au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux.

Les réflexes rotuliens, achilléens, sont normaux.

Elle présente de l'ataxie dans les membres supérieurs, qui se manifeste quand on lui commande de porter par trois fois l'index sur l'extrémité du nez.

L'ataxie des membres inférieurs n'a pu être recherchée.

La ponction lombaire n'a pu être pratiquée.

De plus elle a eu tout dernièrement à propos de crises douloureuses une nouvelle crise hystérique avec sensation de strangulation prémonitoire, perte de connaissance et grands mouvements.

OBSERVATION V

Crises gastriques tabétiques. Atonie gastrique. Petits phénomènes hystériques.

Antécédents héréditaires. — Mère a vécu bien portante jusqu'à l'âge de 53 ans.

Père asthmatique a vécu jusqu'à l'âge de 63 ans.

Antécédents collatéraux, — Deux frères et cinq sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — La malade est mariée depuis 11 ans. Elle a deux enfants ; un fils âgé de 10 ans, une fille âgée de 7 ans.

Fausse couche probable il y a huit ans. Son mari a eu un chancre en 1884. Elle ne présente pas de stigmate de spécificité.

Début il y a trois ans à la suite d'une violente émotion, accident dans un tramway électrique, suppression des règles et violente crise gastrique.

Jusque-là, la malade était bien portante, bien que toujours émotive et anémiée par des pertes de sang abondantes au niveau d'hémorrhoïdes.

Depuis son accident, il y a trois ans, la malade n'a plus revu ses règles et tous les mois elles sont remplacées par une crise gastrique extrêmement douloureuse qui lui arrache des cris.

La crise débute par un point abdominal, souvent une ovaralgie droite, puis remonte jusqu'au cou et l'étouffe. Pendant ces

crises la malade a des vomissements fréquents et cela quels que soient les aliments absorbés.

Elle a eu trois hématémèses, deux en juin, deux autres en juillet dernier, survenues sans douleur, à la suite de vomissements alimentaires. Le sang était très rouge, peu abondant (1/2 verre environ). Les crises durent de huit à dix jours pendant lesquels la malade crie nuit et jour, c'est à peine si elle a de temps à autre 1/4 d'heure ou une 1/2 heure de léger répit.

Dans l'intervalle de ses crises la malade éprouve toujours quelques troubles dyspeptiques légers. L'appétit est conservé et sans préférence alimentaire ; quelquefois avant les repas la malade souffre et le repas calme la douleur. Mais la douleur reparaît deux ou trois heures après le repas et persiste selon les jours ; 1/2, 1 heure. Ce n'est pas une douleur très vive comme pendant la crise, c'est plutôt une sensation de chaleur et quelquefois de tiraillement. Elle a fréquemment du pyrosis, des renvois acides. Elle paraît donc avoir nettement des signes d'hyperchlorhydrie.

Pour la première fois il y a deux ans elle a été piquée à la morphine et maintenant elle est devenue morphinomane caractérisée. Elle a jusqu'à 15 à 20 piqûres par jour, et jusqu'à 6 piqûres de suite. Lorsque son mari refuse de la piquer, elle se pique elle-même, même dans l'intervalle de ses crises. Elle sent une force qui la pousse, l'oblige presque à se piquer dit-elle même lorsqu'elle ne souffre pas.

Examen le 19 septembre dans une période de rémission.

La malade accuse une douleur épigastrique irradiée, en ceinture, mais elle ne paraît ni très vive ni très localisée, pas de douleur en broche.

Dilatation gastrique.

Réflexes rotuliens
« achilléens
« plantaires
« membres supérieurs
} normaux.

Hémihypoesthésie droite. Crises de larmes fréquentes sans causes. Angoisses, phobies, émotion exagérée.

Rétrécissement du champ visuel. Anesthésie cornéenne, anesthésie du sein de la partie latérale et postérieure du thorax à la hauteur des deuxième, troisième, quatrième espaces intercostaux.

Légère inégalité pupillaire.

Pas d'Argyll.

Pas de douleurs fulgurantes.

Pas de troubles sphinctériens.

Pendant son séjour à l'hôpital jusqu'au mois de novembre, elle a eu des crises gastriques subintrantes avec deux ou trois vomissements par jour. La suppression de la morphine a été brusque : après deux jours d'abstinence relative, elle a pu se passer de morphine pendant plusieurs jours, mais ces crises gastriques ayant réapparu, on lui donne de la morphine, à doses ordinaires.

Les symptômes objectifs sont toujours les mêmes. Cependant, le 17 octobre, on constate abolition du réflexe bicipital à droite et une ponction lombaire démontre la présence d'une abondante lymphocytose.

La malade quitte l'hôpital au commencement de novembre. Elle n'a pas été revue.

OBSERVATION VI.

Dupré et Léopold Lévi.

Délire hypocondriaque de zoopathie interne, chez un débile tabétique, hystérique et gastropathe.

Louis M..., âgé de 46 ans, chiffonnier, entre le 27 juin 1903, dans le service du Dr Dupré, à l'Hôtel-Dieu annexe, salle Saint-Pierre, no 11.

Il s'est présenté à la polyclinique H. de Rothschild demandant à être examiné aux rayons X. Il se sent en effet l'abdomen habité par un animal, dont il voudrait être débarrassé.

Cette bête, qu'il suppose être un ténia, il a essayé de la chasser avec du Kousso. Il se présente souvent à la garde-robe dans l'intention de l'expulser.

Il porte constamment sur lui de quoi endormir la bête, au cas où elle monterait du côté du cœur. C'est qu'en effet son mal a débuté en 1888 par des points douloureux dans la région précordiale ; puis il a descendu, a occupé successivement les deux hypocondres et vient parfois jusqu'à la région hypogastrique. Pour endormir l'animal, il se sert d'eau de mélisse, ou boit un verre de vin. Au contraire, il soutient que le lait gonfle l'animal, qui pèse alors davantage sur son estomac. Quand il se couche, souvent la bête passe en arrière au niveau des reins. Elle détermine de ce fait des troubles de la circulation qui se traduisent par la formation de boules au niveau des muscles du mollet et de la cuisse (crampes musculaires).

Il attribue d'autres méfaits à l'animal. Il est gêné dans sa marche : souvent il tombe, soit en avant, soit en arrière. C'est la bête qui le pousse en ce sens. Quelquefois, il ressent de la gêne à uriner. Il ne peut pisser qu'étant accroupi. La bête s'est déplacée. Elle a changé également de position, quand après des efforts de miction, il urine presque involontairement. C'est encore à elle qu'est due l'incontinence nocturne d'urine qui survient de temps en temps. Elle est enfin responsable de l'agénésie dont est atteint le malade. En somme, elle se place de manière à empêcher tous ses actes. Parfois il la sent partir de la fosse iliaque gauche, gagner l'épigastre, suivre l'œsophage en l'étouffant ou en l'étranglant (boule hystérique).

Tous les phénomènes morbides que présente le sujet sont plus ou moins anciens, et il les fait remonter à une période d'instruction de treize jours qu'il fit à Lisieux en 1888.

Jusque-là il avait eu peu de maladies : la rougeole étant enfant, le favus plus tard, et dans sa jeunesse la blennorrhagie. Il nie la syphilis dont il ne présente d'ailleurs aucune manifestation. Mais sa maîtresse, dit-il, a été soignée à l'hôpital de Lourcine pour la vérole.

Il n'a été à l'école que jusqu'à 10 ans ; et bien qu'ultérieurement il ait suivi l'école du soir, il sait à peine lire et écrire, est incapable d'effectuer une soustraction. Il répond aux questions d'un air un peu niais, mais paraît avoir une bonne mémoire. L'interrogatoire permet de conclure à une débilité mentale manifeste, chez un sujet qui est d'ailleurs nettement microcéphale.

Son hérédité est chargée au point de vue névropsychopatique.

Son père, mort du choléra, avait eu une fortune de plus de deux cent mille francs qu'il dissipa dans de ruineuses entreprises d'aérostation. Il descendit peu à peu dans l'échelle sociale

et finit par devenir chiffonnier, ce qui est l'état actuel de son fils. Sa mère, débile, ne sachant ni lire ni écrire, reconnaissant à peine l'heure aux pendules, était sujette à de grandes crises d'hystérie. Un de ses frères fut soigné dix ans par Charcot pour des accidents hystériques.

L'analyse clinique permet de rattacher les nombreux symptômes offerts par le malade à divers états morbides.

Le malade est tout d'abord, ainsi que nous l'avons dit, un débile. Il est atteint de tabes à la période d'incoordination motrice : signe d'Argyll avec inégalité pupillaire, abolition des réflexes tendineux, rotulien et achillien, ainsi que des réflexes crémastérien et anal ; douleurs fulgurantes dans les membres supérieurs et inférieurs, troubles vésicaux, agénésie. Signe de Romberg, démarche tabétique, troubles trophiques dentaires.

Il présente de plus des signes manifestes de névropathie et d'hystérie. Il ressent parfois la boule hystérique qui part de la fosse iliaque gauche, remonte peu à peu sur la ligne médiane, le serre à l'estomac, l'étouffe, puis l'étrangle. Il existe dans la fosse iliaque une zône hystérogène à la pression.

Aucun stigmate permanent du côté de la peau ou des organes des sens. Irritabilité psychique, rire et pleurs faciles, instabilité émotive.

Les symptômes d'alcoolisme se retrouvent chez lui, mais peu marqués. Il boit en moyenne un litre de vin par jour, et ne supporte ni absinthe, ni eau-de-vie. Il a eu l'an dernier quelques cauchemars qui ne se sont pas reproduits. Léger tremblement des mains. Crampes nocturnes fréquentes. La pression des muscles du mollet n'est pas douloureuse.

Bien que le malade ait été couvreur de 18 à 27 ans, il ne

présente point d'intoxication saturnine. De la paralysie générale, on ne constate aucun signe ni physique, ni psychique.

L'état des viscères abdominaux méritait toute attention. Le ventre est souple, facile à palper. La paroi est peu résistante. Quand le malade est debout, il y a tendance à la chûte des organes du côté gauche. Pas d'éventration ni de hernie.

L'estomac est hypéresthésique. Dès que le malade a absorbé quelque aliment, en particulier du lait, il accuse des sensations de pesanteur ou de distension, qui s'accompagnent parfois de tremblement des membres et de la face, de tachypnée à 32 R par minute. Le malade est pris alors d'aérophagie. Sous prétexte de rendre des gaz, il avale de l'air. Les rots sont bruyants et éclatent en série d'une durée ; parfois de cinq minutes à un quart d'heure. Le malade dit que l'animal descend alors dans son ventre et voit dans ces déplacements la cause de ces gaz. L'estomac est le siége d'un clapotage perçu par le malade lui-même, à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Ce clapotage correspond pour le malade, aux grouillements de la bête.

On sent à la palpation le cœcum contractile, l'origine du colon ascendant et parfois le colon descendant en état de spasme. Mais le malade n'accuse pas de constipation habituelle. Il va à la garde-robe une ou deux fois par jour. Les matières n'offrent pas de sécheresse marquée. Des glaires ont été émises en petite quantité, sans jamais contenir de fausses membranes. Le malade n'a jamais eu de vomissements.

Le foie ne dépasse pas le rebord des fausses-côtes, et mesure comme matité absolue 7 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Rate normale. Pas de lésions pulmonaires. Le cœur et l'aoste sont sains. Rien dans les urines.

En résumé, le malade présente une association de syndrômes,

qu'on peut grouper dans l'énumération suivante : débilité mentale dégénérative, hystérie, tabes avec ataxie ; alcoolisme léger ; gastrite chronique avec dilatation et intolérance de l'estomac, aérophagie, entéro-colite glaireuse. Délire hypocondriaque, à forme de zoopathie interne.

CONCLUSIONS

1° L'hystérie et le tabes sont deux affections, l'une fonctionnelle, l'autre organique, à déterminations symptomatiques des plus multiples, pouvant affecter successivement ou simultanément tous les appareils de l'économie, mais pouvant aussi se localiser sur l'un d'entre eux ;

2° L'hystérie peut, de par sa nature même, réaliser un grand nombre de symptômes analogues à ceux du tabes ;

3° Les rapports symptomatiques entre l'hystérie et le tabes peuvent être groupés sous trois chefs :

1° L'hystérie peut se traduire par des symptômes réalisant un pseudo-tabes (Obs. I) ;

2° Les tabes frustes peuvent réaliser un minimum de symptômes, qui, sans examen très approfondi, peuvent être mis sur le compte de l'hystérie (Obs. II) ;

3° Il y a des associations hystéro-tabétiques, soit que le tabes détermine dès son apparition un point d'appel pour l'hystérie qui masque la symptomatologie tabétique (Obs. III), soit que l'hystérie préexiste à l'apparition du tabes qui, ou bien évolue pour son compte, ou bien le plus souvent amplifie

certains symptômes (Obs. VI) et explique par là même les caprices d'évolution de certains tabes ;

4 Quand le tabes est fruste et quand on est susceptible de se laisser accaparer par le luxe de la symptomatologie hystérique, on recherchera avec le plus grand soin les symptômes objectifs précoces de tabes et qui consistent non-seulement dans l'examen de la triade classique (Argyll-Roberston, Westphall, Romberg), mais encore dans l'étude des troubles de la sensibilité objective à topographie radiculaire, dans celle du réflexe du tendon d'Achille et dans celle du liquide céphalo-rachidien extrait par ponction lombaire. Deux bons symptômes réunis pourront imposer le diagnostic de tabes.

Vu le Président de la thèse,
HUTINEL

Vu le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — Ptosis intermittent hystérique. Revue de médecine, janv. 1900.

Achard et Lévi (L.). — Conservation de réflexes patellaire, dans le tabes. Autopsie. Nouv. Iconogr. de la Salpétrière, 1898.

Arthur von Sarbo. — Réflexe du tendon d'Achille et son importance clinique, Berlin 1903.

Bernheim. — Conception nouvelle et étiologie de l'hystérie. Bull. méd., 8 nov. 1902.

Babinski. — Soc. de Dermatologie 13 juillet 1899. Définition de l'hystérie S. N. 7 nov. 1901.

Baudoin. — Manifestations gastriques de l'hystérie. Touraine médicale, 15 oct. 1901.

Brissaud et Briry. — Siatorrhée hystérique. Gaz. hebd.. 19 nov. 1901.

Ballet. — Presse médicale, 1897. Pathologie mentale.

Brissaud et Brouardel. — Méningisme, mononucléose du liquide céphalo-rachidien. Symptômes tabétiques, Soc. de neurologie 7 mai 1903.

Camus et Chiray. — Tabes juvénile héredo-syphilitique et crises gastriques. Soc. de neurologie 3 déc. 1903.

Gestan et Dupuy-Dutemps. — Signes d'Argyll. Valeur séméilogique. Gaz. des Hôp., 1901.

Charpentier. — Th. Paris. 1899.

Crouzon et Dobrovici. — Un cas d'association hystéro-organique ; hémispasme glosso-labdé et hémiplégie hystérique chez un tabétique. Société de Neurologie, 15 mai 1902.

Dana. — Association de l'hystérie et des affections organiques. Médical record, 20 sept. 1902.

Dupré et Delorm. — Stasobasophobie. Congrès de Limoges, 1901.

Debove. — Influence des ponctions lombaires sur les crises gastriques. Bulletin de la Soc. méd. des hôp., 25 avril 1901.

Debove et Boulloche. — Stasobasophobie.

Dupré et Levi (L.). — Tabes et Hystérie chez un débile. Revue de Neurologie, 1903, p. 918.

Déjerine. — Pathogénie générale de Bouchard Tabes, in Traité de Brouardel et Gilbert.

Dutil. — Hystérie in Traité de Charcot, Bouchard.

Eichhorst. — Intermittence des signes d'Argyll dans le tabes. Deutsche Mediz. Wochensch., 1898.

Foerster. — Symptomatologie du tabes dans la période préataxique. Monatrschriff für Psych. und Neurologie, 1900.

Heitz et Lortat-Jacob. — Intermittence des anesthésies radiculaires dans leurs relations avec les crises gastriques. Revue neurologique, 1902.

Ingebrand. — Formes anormales du tabes. Th. Paris, 1897.

Jean (Ch.) Roux. — Lésions du sympathique dans le tabes et leurs rapports avec les troubles de la sensibilité visécrale. Th. de Paris, 1900.

Jilles de la Tourette et Gasne. — Hystérie in Traité de Brouardel.

Korotneff. — Association de l'hystérie et des tabes.

Lannois. — Sein hystérique. Nouv. Icon. de la Salpêtrière, 1091, n° 5.

Lecorché et Talamon. — Etudes méd. faites à la maison Dubois. Paris, 1881.

Larigues. — Thèse de Paris, 1891.

Mantous. — Intermittences du signe d'Argyll-Robersson dans le tabes. Crises gastriques concomittantes. Presse médic. 28 déc. 1901.

Max Egger. — Intermittence des anesthésies organiques.

Marie (P).— Leçons sur les maladie de la moelle. Tabes in Traité de Charcot, Bouchard.

Michaut. — Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme. Th. Paris, 1890.

Pianteri. — Formes initiales anormales du tabes. Etiologie de cette affection. Gazzetta internazionale di medicina pratica napoli, 15 août 1901.

Parinaud. — Les troubles oculaires de l'hystérie. Annales d'oculistique, juillet et sept. 1900.

Pitres. — Leçons cliniques sur l'hystérie, sur un cas de pseudo-tabes. Archives de Neurologie, 1886.

Parisot. — Basophobie.

Raymond. — Hémiplégie droite hystérique et sein dit hystérique. Bull. méd., 26 juillet 1902.

Scialom. — Associations névroso-organiques (hystérie et neurasthénie). Th. de Montpellier 1902.

Simonin. — Pseudo méningite hystérique suivie de troubles moteurs sensitifs et psychiques. Soc. méd. des hôp., 18 juillet 1901.

Soldflam. — Disparition du réflexe du tendon d'Achille comme premier symptôme du tabes et sa signification. Neurol. centralb., 1902.

Séyer. — Abolition du réflexe achilléen dans le tabes. Th. de Paris, 1902.

Treupel. — Immobilité pupillaire réflexe intermittente dans le tabes. Munchner med. Wochensch., 1898.

Virès. — Hystéro-tabes. Th. de Montpellier, 1896.

Imprimerie de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.